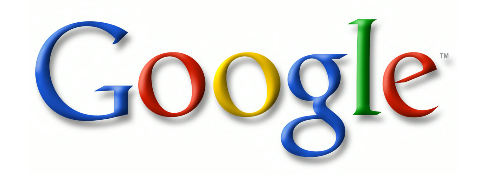


TRAVAUX PRATIQUES

D'OBSTÉTRIQUE

ET DE

GYNÉCOLOGIE

TRAVAUX PRATIQUES

D'OBSTÉTRIQUE

ET DE

GYNÉCOLOGIE

RECUEILLIS PAR LE

Dr LUTAUD

Médecin-Adjoint de Saint-Lazare,
Membre fondateur de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

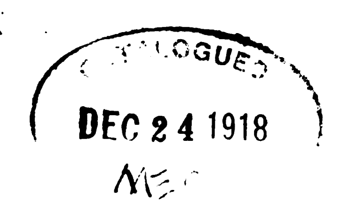
FANCOURT BARNES (de Londres), CORDÈS (de Genève)
BOSSI (de Gênes.)

PARIS

MALOINE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1903


DEC 2 4 1918

A. E. S.

Année 1902. Janvier. N° 13. — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris. — Ab. 6 fr. par an.

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

PUBLIÉE TOUS LES MOIS SOUS LA DIRECTION DE MM.

Fancourt BARNES
Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDÈS, de Genève
Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI
Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

RÉDACTEUR EN CHEF

A. LUTAUD
Médecin-Adjoint de Saint-Lazare, Membre fondateur de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris.

AVIS TRÈS IMPORTANT

Sur la demande d'un grand nombre de nos lecteurs, la table des matières sera publiée à la fin de 1902. Les années 1901 et 1902 seront donc réunies en un seul volume.

Nous tenons à la disposition de nos abonnés, à titre gracieux, les fascicules qui peuvent manquer à leur collection.

SOMMAIRE :

Gynécologie. — Indications et limites du traitement médical des inflammations annexielles, par le Dr R. Pichevin. — La femme au point de vue de l'assurance sur la vie, par le Dr Mahillon.

Obstétrique. — La gangrène utérine dans l'avortement.

Pédiatrie. — Le traitement chirurgical de la paralysie infantile. (Calot.)

Revue professionnelle. — Les abus dans les opérations gynécologiques et obstétricales.

Variétés. — La terminologie médicale au seizième siècle. Les rapports de virginité.

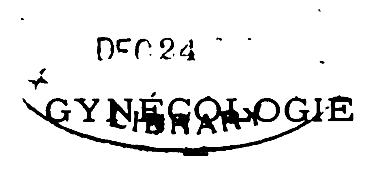
Hygiène sociale. — L'alcoolisme et les femmes des maisons de tolérance, par le Dr Lutaud.

Memento pratique. — Traitement des fibromes de l'utérus par la dilatation de la cavité de l'organe. — La gonorrhée ascendante chez la femme. — Traitement des hémorrhoïdes par la chrysarobine. — Traitement des endocervicites par le Naftalan. — Traitement des convulsions infantiles. (Vaucaire). — Traitement du Torticolis congénital. (Dauchez.) — Traitement médical des érosions et des ulcérations du col. (Lutaud.)

Médications nouvelles applicables à la Pédiatrie et à la Gynécologie. — Le Permanganate de zinc dans l'uréthrite. — L'ouabaïne contre la coqueluche et l'asthme. — Traitement des diarrhées par les injections sous-cutanées de chlorodyne. (Cimbali.)

Administration, **47, boulevard Haussmann, PARIS**

OUEST. Les trains de marée de la Compagnie de l'Ouest, qui partent de la ga Saint-Lazare pour l'Angleterre le matin à 10 h., et le soir à 9 h., sont ma tenant entièrement composés de voitures à couloir.
De plus un wagon-restaurant vient d'être ajouté au train de 10 h du matin, ce q permet aux voyageurs de déjeuner à leur heure habituelle.



GYNÉCOLOGIE

Indications et limites du traitement médical des inflammations annexielles

Par le Dr R. Pichevin.

Pour se faire une juste idée de la gravité des inflammations péri-utérines, il est bon de prendre l'opinion d'un gynécologiste avisé, qui a exercé dans la période de transition, à l'époque où les interventions sur les organes génitaux étaient tentées, mais où la laparotomie et l'hystérectomie n'étaient que très exceptionnellement pratiquées. Courty, qui n'est pas un laparotomiste hypnotisé par l'opération à faire, écrivait : « L'inflammation péri-utérine est grave par la durée indéfinie et l'incurabilité naturelle de la forme chronique, les dangers continuels que font courir les redoublements, les menaces de consomption. Si on laisse la maladie prendre de l'intensité ou se prolonger, la stérilité en est la suite... Les tumeurs subissent des oscillations, ont des recrudescences, des redoublements dangereux, elles n'ont pas de tendance à se résoudre spontanément....Le traitement est indispensable et il faut le continuer pendant six mois, un an et quelquefois davantage. »

Telle était l'opinion du gynécologiste de Montpellier, qui n'a pas connu la phase laparotomique du traitement des inflammations péri-utérines.

Il était bon de montrer la gravité et la pérennité des altérations des annexes pour faire ressortir le grand mérite du gynécologiste de Birmingham. C'est, vous le savez, à Lawson Tait que l'on doit les grands progrès réalisés dans le traitement moderne des inflammations péri-utérines. L'extirpation des annexes par la voie sus-pubienne marque, dans la thérapeutique de ces inflammations, une étape décisive qui a permis d'arracher à la mort des femmes condamnées à l'immobilité pendant des années, transformées en véritables invalides et en martyres et finalement vouées à la consomption et à la mort.

La postérité reconnaissante proclamera les immenses services rendus par le célèbre chirurgien spécialiste de Birmingham.

Mais cette conquête chirurgicale provoqua des enthousiasmes irréfléchis. La laparotomie fut considérée comme une énorme et quasi géniale opération. Il fallait l'avoir pratiquée un certain nombre de fois pour avoir la réputation d'un grand gynécologiste et d'un célèbre chirurgien.

Au début de cette première phase, l'extirpation des annexes n'était pas sans danger. Les ovaro-salpingites très adhérentes à l'intestin, les collections septiques qui se rompaient dans le péritoine, les inflammations opérées en pleine période aiguë, une technique défectueuse et l'inexpérience des opérateurs, étaient la cause d'un certain nombre d'insuccès. Le pourcentage de la mortalité opératoire était relativement considérable, quand on s'adressait à des cas sérieux, à ces poches adhérentes, à ces suppurations diffuses ou à ces inflammations saisies en pleine poussée aiguë. On étendit progressivement, mais rapidement le champ des indications de la laparotomie pour inflammation des annexes. On en arriva à enlever des trompes et des ovaires à peine malades. Dès que l'on sentait le moindre empâtement sur les parties latérales de l'utérus, on se hâtait d'affirmer l'inflammation annexielle, l'incurabilité des lésions et la nécessité de l'extirpation des ovaires et des trompes. Toute inflammation péri-utérine était vouée d'avance au traitement chirurgical radical.

Cependant quelques observateurs reconnurent bientôt qu'il y avait quelque excès à mutiler ainsi toutes les femmes atteintes d'ovaro-salpingite. L'expérience démontra que certaines malades vouées au bistouri, et qui avaient échappé au couteau par suite de différentes circonstances, avaient pu guérir par des traitements plus conservateurs! Emmet disait que la laparotomie était pratiquée d'un cœur bien léger par trop de gens compétents et incompétents.

Pour ma part, il y a une douzaine d'années, j'ai écrit sur l'*abus de la castration chez la femme* un vigoureux réquisitoire qui a peut-être attiré sur ma tête quelques orages. J'ai dit ce que je pensais de certaines pratiques. J'ai la satisfaction de constater que le tassement s'est produit à la longue. On n'est plus poursuivi par l'idée de mettre au jour une belle et longue série de laparotomies. Le souci de la conservation des organes génitaux internes est entré davantage dans les préoccupations du gynécologiste, qui pense qu'on doit regarder à deux fois avant de châtrer définitivement des femmes encore jeunes, peut-être pas bien malades et susceptibles encore d'avoir des enfants.

La chirurgie intransigeante a fait son temps. Les opérations conservatrices sont à l'ordre du jour et l'on doit être plus glorieux d'avoir conservé les organes génitaux d'une femme, que de lui avoir enlevé en sept minutes et douze secondes des ovaires et des trompes à peu près normaux.

Il s'est donc produit une heureuse réaction dans les mœurs chirurgicales, depuis que l'on a reconnu que certaines guérisons survenaient spontanément et que l'intervention intempestive n'était pas toujours heureuse.

Somme toute, on peut affirmer qu'à cette heure chirurgiens et gynécologistes sont beaucoup plus pondérés, et qu'ils se hâtent infiniment moins d'intervenir, quand ils se trouvent en présence d'une inflammation peu intense. Et cependant ils seraient encouragés à continuer d'anciens errements s'ils ne consultaient que leurs statistiques plus récentes.

Il est bien certain que les résultats des opérations sur les organes génitaux contenus dans le petit bassin sont infiniment supérieurs à ce qu'ils étaient il y a seulement dix ans. Il faut nous féliciter de ces mœurs plus douces et de nos succès.

*
* *

Quand on considère le nombre de femmes stériles après les accidents consécutifs à des accouchements, à des fausses couches et à la blennorrhagie, quand on relève la quantité de malades qui subissent la castration bilatérale pour inflammation annexielle, l'on est en droit de se demander s'il n'existe pas un traitement préventif capable de diminuer le chiffre considérable de femmes qui sont privées de leurs annexes par la maladie ou par le chirurgien.

Le traitement préventif des inflammations péri-utérines est théoriquement facile à indiquer. Il est malaisé de le mettre en pratique, comme bien on peut penser.

Mettre la femme à l'abri de la blennorrhagie n'est pas une entreprise commode. Je n'insisterai pas sur cette question, qui nous entraînerait trop loin. Mais il est nécessaire de proclamer à nouveau la nécessité de traiter sans retard la blennorrhagie, alors qu'elle n'a pas dépassé l'orifice externe. Quand le col est envahi par le gonocoque, je dirai plus loin quelle est la conduite à tenir pour éviter la propagation de l'inflammation dans le corps utérin.

Les suites de couches et les fausses couches doivent être l'objet de soins assidus. Les anciens gynécologistes disaient qu'il fallait défendre à ces femmes les travaux pénibles, le coït, etc. En réalité, il est des précautions banales que l'on doit imposer aux nouvelles accouchées et aux femmes qui ont fait une fausse couche, mais l'essentiel est de mettre les femmes à l'abri de l'infection gonococcique et de l'action des streptocoques et des staphylocoques. Propreté absolue sui-

vant les cas, ou antisepsie avant, pendant et après l'accouchement ou la fausse couche : voilà, en résumé, les conditions essentielles qui permettent d'éviter les infections.

*
* *

Phase aiguë. — On est assez souvent appelé près de femmes atteintes d'une inflammation péri-utérine aiguë.

C'est à ce moment que les médecins demandent le chirurgien en consultation. On est, en effet, effrayé par la marche des accidents : les douleurs quelquefois vives, les vomissements, le ballonnement du ventre, la fièvre élevée, sont de nature à éveiller l'émotion de la famille et les craintes du médecin traitant.

Or, on verra bientôt que l'intervention chirurgicale est, dans cette phase de début, rarement indiquée.

Il faut savoir que, dans la très grande majorité des cas, l'inflammation péri-utérine est sous la dépendance soit d'une infection puerpérale, soit d'une infection gonococcique.

Il est important d'établir le diagnostic pathogénique, car le traitement sera différent dans une certaine mesure, selon qu'il s'agit de blennorrhagie ou d'une infection consécutive à une fausse couche ou à un accouchement septique.

Dans cette dernière hypothèse, on ne peut négliger l'utérus, il est indispensable de nettoyer l'utérus. Les lavages intra-utérins, le curage digital ou instrumental, les attouchements avec de la ouate imbibée de substances microbicides, le tamponnement avec des gazes antiseptiques, rendent d'incontestables services. Il n'est pas possible de négliger totalement la thérapeutique intra-utérine dans ces cas, pour se consacrer exclusivement au traitement des annexes, tel que nous l'indiquerons.

Est-il question d'une gonococcie péri-utérine ? La solution est différente. Le traitement doit être modifié en certains points.

Autant il est indiqué de viser la matrice en cas d'infection survenue dans la puerpéralité, autant il est formellement interdit de toucher à l'utérus quand on est en présence d'une blennorragie qui a gagné l'utérus et les annexes.

Dans tous les cas, qu'il soit question de blennorragie ou d'infection puerpérale, il faut :

1° Combattre l'inflammation :

A. Le repos au lit est bien indiqué et doit être absolu.

B. Les irrigations vaginales très chaudes antiseptiques doivent être pratiquées avec discrétion et précaution. Il faut avoir soin d'assurer le retour du liquide injecté. Je crois qu'il est

nécessaire d'insister sur l'évacuation de l'eau plus ou moins antiseptique que l'on injecte et sur la pression du liquide.

La pression doit être faible. Il ne faut pas que l'eau soit projetée avec trop de force sur le fond du vagin. Il est indispensable surtout que la sortie du liquide soit assurée. On a dit qu'il était indifférent de permettre l'accumulation du liquide injecté dans le vagin. On a même donné le conseil de mettre obstacle à la sortie du liquide, de fermer pour ainsi dire l'orifice vulvaire, de façon à produire la distension du vagin. J'ai déjà dit et je répète qu'une pareille pratique est dangereuse. Vous savez que certaines femmes ne peuvent supporter les irrigations vaginales. Elles ne peuvent supporter ces irrigations parce que le liquide distend le cul-de-sac vaginal postérieur en particulier et agit sur les adhérences contenues dans le petit bassin. Il se produit des tiraillements dans la cavité péritonéale et par suite des sensations douloureuses. Il suffit dans ces cas d'assurer le retour facile du liquide injecté pour permettre aux malades de prendre sans souffrance et sans danger les injections les plus chaudes.

J'ajoute que j'ai été frappé par la constatation d'un fait qui avait la valeur d'une expérience. Chez une femme qui avait subi l'hystérectomie supra-vaginale avec fixation du moignon utérin dans la plaie — il y a déjà longtemps de cela — j'ai constaté que le liquide de l'injection vaginale sortait par la plaie abdominale. L'eau pénétrait par l'orifice externe de l'utérus et sortait à travers l'ouverture faite au canal cervico-utérin. La pression du liquide injecté était donc considérable.

Je répète volontiers qu'il est indispensable, dans la phase aiguë des inflammations annexielles, d'agir avec prudence et de ne donner les injections que sous basse pression et avec la certitude que l'eau peut s'écouler hors du vagin avec la plus grande facilité.

Les mêmes recommandations doivent être rappelées quand il s'agit de prescrire des irrigations rectales, surtout utiles pendant la phase subaiguë.

2° Il est nécessaire de combattre la douleur.

Pour atteindre ce résultat, on peut pratiquer des piqûres de morphine, administrer des lavements laudanisés, mettre dans l'anus des suppositoires opiacés. Ces lavements et ces suppositoires sont mieux tolérés et calment mieux la douleur que la morphine et la belladone.

Il faut tout d'abord appliquer sur le bas-ventre une vessie de glace que l'on doit laisser à demeure. Il y a lieu de surveiller la

vessie de glace qui doit être toujours remplie de glace. Ce serait une faute que de laisser la vessie se réchauffer au contact de la peau de la malade. La médication ne peut être utile qu'à la condition d'être scientifiquement appliquée : la glace doit être en permanence sur le bas ventre. Cette vessie de glace, recommandée il y a déjà longtemps par Béhier, remplit une double indication : elle calme les douleurs et limite l'inflammation.

On a préconisé de larges onctions d'onguent napolitain sur le bas ventre. Je doute que ces applications puissent avoir de bons résultats.

A une époque, la révulsion constituait la base du traitement des inflammations pelviennes. On recommandait la saignée générale, les saignées locales. Les sangsues étaient posées sur le bas ventre et sur le col de l'utérus. Plus tard, on recommanda l'application des ventouses scarifiées sur les fosses iliaques et dans la région hypogastrique et des scarifications du col. De cette pratique un peu archaïque, il ne faut retenir que l'usage des ventouses scarifiées sur le bas ventre et l'application de quelques sangsues au niveau des fosses iliaques. On obtient ainsi un soulagement des phénomènes douloureux. Les scarifications du col ne sauraient être recommandées à ce stade de la maladie.

3° La fièvre doit être combattue. Il est inutile de préconiser les différents antithermiques. Le sulfate de quinine occupe le premier rang dans cette liste.

4° Eviter la constipation à l'aide de purgatifs ou mieux de laxatifs et de lavements est une recommandation banale, mais néanmoins importante.

5° La diète est nécessaire. La malade prendra du lait à l'exclusion des aliments solides.

6° L'état général sera relevé. Un peu d'alcool est indiqué s'il y a de la dépression.

A ce stade, l'intervention chirurgicale doit être retardée dans la très grande majorité des cas.

Cependant, il ne faut pas être exclusif et, sans vouloir prendre part pour ou contre la conduite des gynécologistes américains, qui préconisent la colpotomie précoce préventive dans la cure des inflammations péri-utérines au début, je dis que dans la majorité des cas, il faut savoir attendre l'apaisement des phénomènes aigus avant de se décider à prendre le bistouri.

Cependant, il est une restriction importante à faire à cette règle.

L'abstention ne peut être préconisée quand des accidents graves surgissent. Quand la fièvre persiste à un degré élevé, quand l'état général est franchement mauvais, quand tout indique qu'il y a formation et collection du pus dans le bassin, quand le toucher combiné au palper abdominal révèle l'existence d'une suppuration, quand le pus bombe dans le vagin, il est évident qu'il faut opérer, qu'il faut ouvrir cette collection. La colpotomie est bien nettement indiquée et donne dans un assez grand nombre de cas des résultats entièrement satisfaisants.

Mais si le pus ne fait pas saillie dans le cul-de-sac postérieur, si la situation n'est pas trop compromise, il faut savoir attendre. Il faut surveiller la fièvre, saisir le moment où la collection est bien démontrée pour s'armer du bistouri. L'opération faite à froid, alors que les lésions ont eu le temps de bien se limiter, alors que les phénomènes septiques ont à peu près disparu, est infiniment plus bénigne et plus efficace.

***

Mais il ne s'agit pas seulement de dire qu'il faut attendre la disparition des accidents aigus pour opérer, on est en droit de demander si l'opération est indiquée après la première crise.

Je n'hésite pas à répondre par la négative, d'une façon générale.

Si la tumeur diminue de volume, si les douleurs disparaissent, si l'état général est bon, il faut attendre. On a vu disparaître des inflammations péri-utérines volumineuses sous l'influence d'un traitement conservateur.

Mais est-il toujours indiqué de renvoyer l'opération ? N'est-il pas permis d'opérer plus tôt et plus souvent les malheureuses qui ont besoin de gagner leur existence et celle de leurs enfants ?

Sans doute il ne faudrait pas exagérer les choses et proclamer l'existence d'une double chirurgie : l'une à l'usage des pauvres, l'autre destinée exclusivement aux riches.

Une telle conception serait fâcheuse, mais si la femme qui est dans l'aisance ou la richesse peut à son gré attendre les événements, rester pendant des mois et des années dans une chaise longue, il n'en est pas de même pour les femmes de la classe ouvrière. Ces malheureuses ne peuvent rester allongées pendant des années. Il faut qu'elles gagnent leur existence. Dans ces conditions, le chirurgien a parfois les mains

forcées, et il opère ces malades plus tôt qu'il ne l'aurait peut-être fait s'il s'agissait de femmes riches.

*
* *

Le médecin est parfois appelé à examiner et à traiter les malades en question dans la phase subaiguë ou franchement chronique.

A. Le repos au lit est infiniment moins indiqué que dans le cas précédent. Je pense même que l'on ne saurait recommander sans inconvénient le décubitus horizontal prolongé aux femmes qui ont des ophoro-salpingites qui passent à l'état chronique. La station indéfinie au lit amène une stase dans le système veineux du bassin et ce, au détriment des malades. A cette période de l'inflammation annexielle, les lésions sont constituées, les adhérences sont déjà formées ; il n'y a aucune crainte de rupture. Il faut permettre à la malade de marcher, sans doute avec précaution et modération, mais enfin il est bon de ne pas confiner au lit la malheureuse qui a déjà fait une longue station dans le décubitus dorsal.

Il est un autre genre de repos que l'on doit prescrire. Je fais allusion au repos génital, qui doit être observé rigoureusement et pendant longtemps, même après la disparition des phénomènes aigus. L'orgasme vénérien, les excitations génitales amènent des congestions du côté du bassin et il faut les éviter soigneusement pendant un certain temps.

B. Je n'ai pas encore parlé de la révulsion. Il ne faut pas cependant l'oublier. Dès que l'on a enlevé la glace, dès que les phénomènes les plus aigus se sont amendés, il faut commencer sur le bas ventre une révulsion qui, pour être efficace, doit être prolongée et assez vigoureuse. Les applications successives de couches de teinture d'iode, la thermocautérisation, les vésicatoires sur le bas ventre sont utiles, à la condition qu'elles soient souvent répétées.

Il faut maintenant faire mention de la médication glycérinée dans le traitement des inflammations péri-utérines. Je crois que cette médication est de date assez ancienne, si mes souvenirs sont bien exacts. J'ai entendu notre ancien président M. Léon Labbé revendiquer pour lui l'introduction de la médication glycérinée dans la thérapeutique des inflammations annexielles. J'ignore si ces revendications sont justifiées. Je vous les signale.

La glycérine introduite dans la cavité vaginale amènerait d'après certains auteurs une sorte de saignée aqueuse. Il s'é-

tablirait par des phénomènes osmotiques une sortie d'une assez grande quantité de sérum, une sorte de décongestion bien favorable à la résolution des inflammations développées autour de l'utérus.

On introduit la glycérine dans le vagin sous forme d'ovule. D'autres gynécologistes préfèrent mettre dans la cavité vaginale des mèches imbibées de glycérine.

La glycérine est introduite soit pure et neutre, soit incorporée à d'autres solutions plus ou moins antiseptiques (iodoforme, salol, etc., et à un moment ichthyol) a été très recommandée. On s'est imaginé que les phénomènes de décongestion étaient plus manifestes quand on se servait pour les pansements vaginaux de glycérine ichthyolée. Je crois que ces expériences ont été déçues et qu'il est préférable de se servir d'autres substances plus propres et plus actives.

Depuis quelques années, à l'instigation des gynécologistes de Lyon, de M. Condamin en particulier, la colomnisation du vagin a pris un essor remarquable.

Vous savez que, sous le nom de colomnisation, on décrit un procédé qui consiste à entasser dans l'utérus un certain nombre de gazes aseptiques ou antiseptiques de façon à obtenir un tamponnement relativement serré du vagin. Ce tamponnement n'est pas fait avec des substances sèches. On a l'habitude d'imbiber les gazes de glycérine et de les bien tasser. On obtient ainsi un véritable support de tous les organes contenus dans le petit bassin.

Les gazes peuvent être avantageusement remplacées par des mèches de lampe qu'il faut sécher et stériliser soigneusement. On les met dans un récipient contenant de la glycérine neutre et stérilisée. On en introduit un grand nombre dans le vagin. On laisse les mèches ou les gazes pendant deux ou trois jours. On donne une injection vaginale antiseptique ou aseptique et on recommence immédiatement la colomnisation. Pour qu'elle soit efficace il faut qu'elle ait une longue durée. On l'interrompt pendant deux semaines pour la recommencer. Des injections vaginales servent à faire l'intérim.

Ce tamponnement d'un genre spécial est utilement associé à un enveloppement du bas ventre avec de l'ouate. On applique par-dessus une large bande de caoutchouc qui peut produire une légère compression.

Les organes soutenus par en bas à l'aide des gazes ou des mèches, serrés par en haut avec la bande, sont immobilisés, en même temps qu'ils subissent une compression favorable à la

résorption des exsudats. Une sudation locale, la déplétion aqueuse due à la glycérine sont en outre d'utiles adjuvants à la cure.

Je voudrais vous parler de l'action de la chaleur sèche dans le traitement des inflammations péri-utérines. Déjà, il y a un certain nombre d'années, on avait préconisé l'usage des bains de vapeur locaux pour amener la résolution de ces inflammations.

Plus récemment, on a inventé à l'étranger des appareils assez compliqués qui ont pour but d'amener des transpirations abondantes et d'appliquer la chaleur à la thérapeutique des inflammations annexielles et utérines. Je n'insisterai pas sur ces appareils, d'un usage peu commode et qui n'ont pas encore reçu la consécration de l'expérience, du moins en France.

Autant je vous ai dit d'user avec discrétion des irrigations vaginales chaudes et des lavements chauds dans la phase aiguë, autant je vous donne le conseil de vous en servir *larga manu* dans la phase subaiguë et surtout dans le stade chronique.

Les irrigations vaginales doivent être faites à faible pression ; lentement, dans la position couchée et à une température de 50°.

Les injections rectales doivent être pratiquées, après évacuation du rectum, avec de l'eau à une haute température et pouvant s'écouler au dehors avec facilité.

Il est bien certain que ces injections vaginales et rectales, administrées et données pendant des semaines et des mois, sont susceptibles d'amener la sédation des accidents subaigus et une amélioration très marquée dans la marche des accidents.

Il y aurait lieu d'écrire un chapitre sur la thérapeutique des inflammations péri-utérines à l'aide de l'électricité.

Les courants continus, la galvano-caustique, la galvano-puncture ont été successivement employés. Je pense que la galvano-puncture a fait son temps. La galvano-caustique est utile dans le traitement de la métrite et indirectement dans la cure de certaines inflammations péri-utérines, mais ne saurait constituer à aucun degré la base du traitement des oophoro-salpingites. Je dirai dans un instant dans quel cas le traitement électrique me semble utile et bien indiqué.

Traiter l'état général, s'adresser à l'état constitutionnel, à la diathèse ; combattre l'anémie, ramener les forces, etc., me semble être des recommandations banales. Cela ne veut pas dire qu'elles ne sont pas importantes.

L'hydrothérapie est indiquée dans bien des cas. Les eaux minérales ont fait leurs preuves. Leur usage est d'une utilité incontestable. Pour ma part, j'ai obtenu des améliorations incontestables chez des malades qui avaient des inflammations péri-utérines très marquées. Ici, il faudra employer les eaux sulfureuses, là les eaux ferrugineuses, ailleurs des eaux indifférentes, etc. Je n'insiste pas.

Je voudrais vous dire un mot du massage utérin. Jadis condamnée par la Faculté de Médecine de Paris, qui refusa d'examiner la thèse d'un candidat parce qu'il avait traité la question du massage gynécologique, la méthode a pris une grande extension depuis quelques années.

Que le massage gynécologique soit fort susceptible de rendre de grands services dans des cas déterminés, c'est ce qui est bien certain. Pour ma part, j'ai rompu des adhérences solides, j'ai remédié à des rétroversions en me servant de la méthode de T. Brandt.

Mais de là à décréter que toutes les affections gynécologiques peuvent être traitées et guéries par le massage, il y a un monde. Il faut ajouter que le massage ne doit être entrepris que par des gynécologistes rompus à la pratique du toucher vaginal et susceptibles de faire un bon diagnostic. Si le massage est pratiqué alors qu'il existe une inflammation encore aiguë, des collections purulentes, il peut en résulter des accidents formidables.

Le temps me manque pour traiter cette grave et intéressante question. Je me contente de vous dire que l'on ne doit employer le massage de l'utérus que dans les formes chroniques des inflammations péri-utérines et en absence de toute suppuration. Le massage est indiqué dans les formes sèches, exception faite pour l'hydrosalpinx bien et dûment diagnostiqué.

*
* *

Quand faut-il opérer ?

Si la tumeur ne rétrocède pas, si les douleurs continuent, si les troubles intestinaux en particulier persistent, il y a lieu de penser à une opération. Les troubles généraux engendrés par la maladie, l'invalidité persistante incitent à l'intervention. L'opération sera décidée quand il y a répétition de poussées aiguës chez une femme qui a une tumeur oophoro-salpingienne. Il ne faut pas trop tarder à opérer, car chaque poussée entraîne la production de fausses membranes, d'adhérences qui compliqueront l'acte chirurgical. Il y a une juste mesure à éta-

blir une ligne de conduite à suivre qui n'est pas facile à préciser et qui est laissée au tact de chaque chirurgien.

Avant de terminer, je voudrais dire un mot du traitement de l'hydro-salpinx. Cette tuméfaction peut être diagnostiquée dans certaines conditions. Il existe dans certains cas une élasticité particulière, une certaine forme de la tumeur, qui permettent de faire le diagnostic. Mais le plus souvent, c'est l'écoulement d'une plus ou moins grande quantité de liquide clair et la disparition simultanée de la tumeur salpingienne, qui impriment au diagnostic un réel degré de certitude.

Dans ces conditions quel traitement faut-il employer ? Est-il indiqué de recourir immédiatement à l'intervention chirurgicale ?

On serait évidemment tenté de le faire, d'autant plus que l'ablation d'une semblable salpingite n'est ni difficile ni grave. C'est dans les cas de ce genre qu'il faut parfois s'armer de patience et attendre, non pas en restant désarmé, mais en attaquant la collection d'une façon indirecte.

Les lavages utérins répétés, la dilatation utérine, le drainage, le curettage, le massage, peuvent rendre des services. Tout ce qui est capable d'amener la contraction de l'élément musculaire utéro-annexiel peut amener un résultat heureux, c'est-à-dire un écoulement du liquide, dans la cavité utérine et de là dans le vagin. Sans doute, ces évacuations ne sont pas toujours l'indice d'une guérison, mais elles peuvent amener la cure définitive des lésions. J'ai observé des hydrosalpinx qui ont guéri sous l'influence d'un traitement approprié, sans ablation annexielle.

Que dire des pyosalpinx ? Jadis, j'ai essayé d'amener l'évacuation de ces collections tubaires dans l'utérus, j'ai pratiqué des dilatations utérines prolongées, etc. J'avoue que j'y ai renoncé. Les succès obtenus ont été trop éphémères et trop rares pour qu'ils puissent compenser les dangers de l'intervention et les lenteurs désespérantes de ce traitement.

Dès que le pus est diagnostiqué et qu'il est collecté, il faut aller à sa recherche et l'ouvrir.

∴

Je voudrais résumer cette communication et vous dire en quelques mots la conduite que je préconise.

Dans la phase aiguë, c'est l'abstention qui doit être la règle. S'il y a une indication urgente d'opérer, c'est surtout à la colpotomie qu'il faut avoir recours.

Quand la première poussée aiguë a disparu, on examine les indications de l'opération. La durée et la gravité de cette poussée aiguë, le volume des lésions, la persistance des douleurs et des troubles divers (vésicaux, rectaux, etc.), l'invalidité de la malade, la situation sociale de la patiente, sont des éléments qui doivent entrer en ligne de compte dans l'appréciation de la conduite à tenir.

A-t-on diagnostiqué l'existence du pus, il faut opérer au moment opportun.

Si on a remis l'opération par suite de l'amélioration de l'état général et de l'état local et s'il survient une nouvelle poussée il faut se décider à l'intervention.

Dans les formes sèches en particulier, chez les femmes qui ont de vieilles inflammations annexielles, on peut tenter le massage qui donne, dans un certain nombre de cas, de beaux résultats.

Mais il ne faut pas se bercer d'illusions et se rappeler ce que disait Courty : l'inflammation péri-utérine est une affection grave, longue et difficile à guérir et il faut ajouter que très souvent la suprême ressource est l'acte chirurgical qui réussit à guérir définitivement des femmes qui resteraient des invalides toute leur existence, quand elles ne succombent pas à l'évolution et aux progrès de l'affection. (*Société médicale de l'Elysée*, décembre 1901.)

LA FEMME AU POINT DE VUE DE L'ASSURANCE SUR LA VIE

par le Dr Mahillon.

Il résulte de l'ensemble des observations qui ont pour objet la durée de la vie humaine que les femmes vivent plus longtemps que les hommes.

Cependant, lorsqu'on compare la mortalité des deux sexes dans les compagnies d'assurances sur la vie, qui ne consentent des assurances qu'aux personnes sélectionnées, on constate, avec surprise, que les femmes assurées vivent moins longtemps que les hommes.

Ces résultats étant en contradiction avec les statistiques de mortalité générale et avec les statistiques des Compagnies qui vendent des rentes, il y a lieu de supposer que nombre de risques féminins, considérés comme acceptables, seraient ajournés ou rejetés si plus de sévérité était apportée à la pratique de l'examen médical de la femme.

La véritable sauvegarde des Compagnies se trouve donc dans un examen aussi complet que possible, portant non seulement sur les organes communs aux deux sexes, mais aussi sur les organes pelviens.

Les Compagnies feraient bien d'exiger cet examen et de rédiger leur questionnaire en conséquence. De cette manière, le médecin pourra se retrancher, en cas d'opposition de la femme, derrière la nécessité de remplir son devoir ou de déclarer qu'il n'a pas procédé à un examen approfondi en indiquant les motifs qui l'en ont empêché.

Dans l'état social actuel, l'assurance est moins justifiée pour la femme que pour l'homme ; ce qui le prouve, c'est le petit nombre de femmes qui ont recours à cette forme de la prévoyance. Par conséquent, les Compagnies auraient intérêt à rechercher quel est le but que poursuit une femme en recourant à l'assurance et à refuser la proposition ou à lui appliquer une police à effet différé ne prenant cours, par exemple, que deux ans après la signature du contrat, lorsque la moralité de ce but n'est pas suffisamment définie et qu'il est établi que la femme possède des ressources personnelles et régulières (rentes, traitement) qui ne disparaîtront qu'avec elle : car, dans ce cas, on peut supposer qu'elle obéit à des inspirations de tiers qui, escomptant sa fin prématurée pour l'un ou l'autre motif, ont intérêt à la pousser à recourir à l'assurance.

L'examen de la femme exige de la part du médecin une attention et un soin tout particuliers. Cet examen doit également porter sur les organes génitaux et ne peut aucunement froisser les sentiments de la femme lorsqu'il est pratiqué avec le tact voulu ; toutefois, nous estimons qu'il serait désirable de voir se généraliser la mesure prise, sur notre proposition, par la Caisse d'Epargne belge, c'est-à-dire de faire visiter les proposantes, chaque fois que les circonstances le permettent, par des femmes médecins, initiées aux particularités de cet examen spécial.

La mise en pratique des procédés d'exploration que nous enseigne la science moderne est nécessitée par une tendance à la fraude qui est plus commune qu'on ne pense. Plusieurs procès scandaleux ont révélé des fausses déclarations, des omissions voulues, des réticences et même des substitutions de personnes qui démontrent que la spéculation s'empare de tout, même d'opérations financières qui sembleraient ne pouvoir être inspirées que par un but louable.

OBSTÉTRIQUE

—

LA GANGRÈNE UTÉRINE DANS L'AVORTEMENT

MM. Thoinot, Socquet et Maygrier ont présenté à la Société de médecine légale de France des pièces anatomiques provenant de trois femmes décédées par gangrène utérine à la suite d'avortements supposés criminels.

MM. Thoinot. — J'ai l'honneur de vous présenter trois pièces anatomiques de gangrène utérine chez des femmes ayant fait une fausse couche. Deux d'entre elles proviennent d'autopsies faites par moi, la troisième d'une autopsie faite par notre collègue M. le Dr Socquet. M. le Dr Maygrier a bien voulu nous assister dans les trois cas.

La gangrène utérine, fort intéressante au point de vue clinique, n'est pas moins intéressante au point de vue médico-légal, car elle soulève toujours cette question capitale : s'agit-il d'un processus spontané en dehors de toute intervention criminelle, ou la gangrène a-t-elle été provoquée par des manœuvres criminelles et septiques sur l'utérus gravide ?

Les trois pièces que nous vous présentons offrent le double intérêt de montrer comme une graduation des lésions, et sans doute aussi réunissent-elles des gangrènes des deux variétés étiologiques établies ci-dessus : l'une *spontanée*, l'autre *provoquée*.

La première pièce a trait à un utérus trouvé à l'autopsie d'une jeune femme qui venait de faire une fausse couche de 4 1/2 à 5 mois chez une sage-femme de Paris. Elle mourut trois jours après son avortement, après avoir présenté des symptômes sur lesquels il était bien difficile de mettre une étiquette précise : fièvre légère et tardive, peu de douleurs abdominales, etc... à tel point que le décès parut presqu'inopiné. Et cependant voyez quelle effrayante lésion : tout le fond de l'utérus est détruit, a disparu emporté par la gangrène, et l'abdomen contenait en abondance un liquide sanieux, dans lequel nageaient des détritus gangreneux.

J'ajoute que l'enquête nous a convaincus pleinement, M. le Dr Maygrier et moi, que la gangrène à laquelle nous avions affaire ici était bien *spontanée*, et qu'il fallait éliminer tout soupçon de manœuvre criminelle.

Je laisse la parole à M. le Dr Socquet pour vous présenter la deuxième pièce.

M. le Dr Socquet. — Voici les renseignements relatifs à la pièce que j'ai l'honneur de vous présenter.

Femme L..., Marie, 27 ans, mariée, deux enfants.

Décédée le 23 septembre 1901.

Autopsiée le 27 septembre.

Utérus et ses annexes, 280 gr.

Dimensions de l'orifice externe au fond de l'utérus 0,13 centimètres.

Hauteur du col 0,035 millimètres.

Hauteur de l'orifice d'une trompe à l'autre 0,10 centimètres.

Intégrité absolue des muqueuses vaginale, vésicale et rectale. Culs-de-sac vaginaux indemnes.

Col de l'utérus perméable à son orifice externe, mais n'admettant que l'extrémité de la pulpe du doigt. L'orifice était linéaire, transversal, indemne de toute espèce de lésion.

La face extérieure de l'utérus, saine sur ses faces antérieure et postérieure, présentait au niveau de son fond une large perforation de 0,06 centimètres 1/2 de diamètre, s'étendant de l'insertion de la trompe gauche à une petite distance de l'insertion de la trompe droite.

Une incision verticale, pratiquée sur la ligne médiane de la face antérieure de l'utérus, allant de l'orifice du col au fond de l'utérus, permet de constater que les parois internes ont leur épaisseur normale sur les faces antérieure et postérieure. La muqueuse, absolument lisse, n'est le siège d'aucune altération.

La cavité de l'organe était absolument vide et ne contenait ni caillot, ni débris placentaires.

Au niveau de la perforation du fond, la paroi est presqu'entièrement détruite et réduite, au pourtour de l'orifice, à la séreuse qui présente un aspect noirâtre. Indépendamment de la perforation principale, il existe de petites perforations dans le voisinage, ainsi qu'il a été facile de le constater en faisant passer, sur place, un courant d'eau du col vers le fond de l'utérus.

Cette perforation a toutes les apparences d'une perforation consécutive à la chute d'escharres dans un utérus gangrené.

Il s'agit très vraisemblablement d'une infection utérine, sur l'origine de laquelle il nous est impossible de préciser, infection consécutive à un avortement de 3 à 4 mois ayant déterminé la gangrène du fond de l'utérus, avec perte de substance et péritonite septique ayant entraîné la mort.

M. le Dr Thoinot. — La troisième pièce se distingue par la petite dimension de la perforation, dont les bords sont d'ailleurs

nettement gangrenés de dedans en dehors, formant un entonnoir dont le grand orifice est sur la muqueuse. L'utérus était friable, les doigts, en l'enlevant, s'y enfonçaient et creusaient une dépression. La péritonite était très marquée, du liquide sanieux emplissait la cavité péritonéale.

De quelle origine est cette gangrène utérine ? L'enquête n'est pas encore faite, mais je ne serais pas étonné qu'elle fût autre chose qu'une gangrène spontanée.

M. le Dr Maygrier.— Les pièces présentées par nos collègues, MM. les Drs Thoinot et Socquet, et sur lesquelles j'ai été appelé à donner mon avis avec eux, soulèvent un problème médico-légal fort important.

Il s'agit de trois utérus puerpéraux dont le fond présente une perforation gangreneuse, le reste de l'organe étant parfaitement sain. Dans le premier cas, la perte de substance est énorme et intéresse tout le fond de l'utérus. Dans le second, l'orifice gangreneux, est un peu moins étendu, mais très large encore ; une partie de la séreuse subsiste, criblée d'orifices, et recouvrant comme un pont flottant les deux tiers environ de la perforation. Dans le troisième enfin, la gangrène est limitée à une surface de 3 centimètres ; en ce point existe une perforation dont la forme est, comme vous l'a dit M. Thoinot, celle d'un entonnoir, le bas répond à la muqueuse et le sommet, linéaire, à la séreuse. Dans les trois cas, il y avait eu fausse couche de 4 à 5 mois faite quelques jours avant la mort ; les femmes avaient succombé à une péritonite septique constatée à l'autopsie et consécutive à la lésion de l'utérus. — Or le décès pouvait-il être imputé à des manœuvres abortives ? telle était la question posée par l'instruction.

D'après l'examen des lésions, et malgré leur localisation au fond de l'utérus, où portent habituellement les traumatismes criminels, il était impossible d'admettre qu'un instrument quelconque eût pu déterminer une aussi large solution de continuité, au moins pour les deux premiers cas ; en ce qui concerne le troisième, la chose était beaucoup plus douteuse.

On pouvait toutefois supposer qu'un corps étranger introduit dans un but abortif avait, par un simple contact septique ou même en ayant entamé la paroi utérine, infecté cette paroi, et que tout autour de la lésion primitive il s'était fait un foyer gangreneux. Mais il resterait malgré tout très difficile de comprendre que la gangrène ait pu s'étendre à tout le fond de l'organe, comme dans les deux premières observations sans rester localisée au niveau du point traumatisé, ainsi que cela a été le cas pour la troisième.

Or, chez la première de ces femmes, il résulte de l'enquête que tout soupçon de manœuvres abortives doit être absolument écarté : il y a donc eu dans ce cas gangrène spontanée.

Ce sont justement ces faits de gangrène spontanée possible qui rendent très difficile l'interprétation des faits de ce genre. C'est qu'en effet la gangrène utérine est une forme d'infection puerpérale qu'il ne faut pas perdre de vue.

Assez mal connue en France, elle a surtout été étudiée à l'étranger et vient d'être décrite d'une façon très complète par Beckmann, de Saint-Pétersbourg (1900). Cette affection n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire puisque l'auteur a pu en réunir 40 cas, dont plusieurs personnels, et qu'il en a été observé d'autres depuis. Notre collègue M. Picqué a attiré l'attention sur ces faits peu connus, dans la discussion qui a eu lieu récemment à la Société de chirurgie sur l'hystérectomie appliquée au traitement de l'infection puerpérale.

Dans les observations de Beckmann, on voit le foyer gangreneux occuper un point quelconque de l'utérus sur une étendue qui peut varier de 2 à 3 centimètres à 8 ou 10, et au-delà, le reste de l'organe étant parfaitement sain. Au niveau de l'endroit malade, la paroï utérine est sphacélée dans une partie ou dans la totalité de son épaisseur ; un séquestre se forme, qui peut s'éliminer au dehors, et, si la séreuse a été atteinte, il en résulte une perforation parfois considérable. Sans insister sur le côté clinique température élevée, état général mauvais, utérus gros, lochies extrêmement fétides, etc.), je me bornerai à faire remarquer que les cas de Beckmann ne concernent que des femmes infectées après un accouchement, prématuré ou non. Or, tout dernièrement, O. V. Franqué vient de rapporter un fait où la gangrène s'est produite à la suite d'un avortement spontané.

Il est donc avéré que l'infection puerpérale consécutive à un accouchement ou à un avortement peut se traduire parfois par une gangrène plus ou moins étendue de la paroi utérine avec ou sans perforation de l'organe. Le pronostic de cette affection est grave : 11 femmes ont succombé sur 40 (mortalité 27.5 %), et bien que je n'ai pas à m'occuper ici du traitement, je tiens à faire ressortir le danger que des injections intra-utérines pourraient faire courir aux malades.

Comme conclusion, lorsqu'on trouve, dans une autopsie, de la métrite gangreneuse avec perforation, chez des femmes, mortes après un accouchement ou un avortement, il y a lieu d'être très réservé dans l'appréciation de la cause des lésions.

En effet, si, lorsque la perforation est entourée d'un foyer

limité de gangrène on peut songer à un traumatisme, cette interprétation devient tout à fait problématique quand le foyer est très étendu, et il faut toujours songer à la possibilité d'une gangrène spontanée par infection.

PÉDIATRIE

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PARALYSIE INFANTILE.

(CALOT.)

Le chirurgien et l'orthopédiste revendiquent chacun de son côté le traitement de la paralysie infantile.

Le chirurgien veut arriver à supprimer pour ces malades l'usage de tout appareil, et l'orthopédiste, pour ces mêmes maladies, proscrit toute opération chirurgicale pour s'en tenir aux seuls appareils !

Ecoutez-les séparément ; l'un et l'autre paraissent avoir raison.

La paralysie infantile frappe les os ou les articulations ou les muscles : les os, pour amener le raccourcissement des membres ; les articulations, pour donner des jointures ballantes ; les muscles, pour les anéantir en totalité ou en partie ; lésions des os, des jointures et des muscles qui entraînent à leur suite des déviations.

Le chirurgien corrige ces déviations en supprimant par le bistouri et la scie tous les obstacles.

Il corrige le raccourcissement du membre inférieur par une arthrodèse du pied en extension ou l'opération de Wladimirow-Mikulicz.

Il soude par l'arthrodèse les articulations ballantes ; il fait contre la lésion des muscles leur anastomose avec des allongements où raccourcissements tendineux.

L'orthopédiste corrige les déviations avec des appareils articulés à vis réglables.

Il corrige le raccourcissement, avec des chaussures appropriées à la laxité des articulations, par des appareils rigides ou articulés pouvant être fixés pendant la marche et rendus mobiles pour la position assise à l'aide d'un verrou.

Il remplace les muscles paralysés par des muscles artificiels, ressorts métalliques ou en caoutchouc.

De ces méthodes, quelle est la meilleure ? Il ne faut pas préférer (comme c'est notre tendance actuelle) celle avec laquelle nous sommes le plus familiers, pour cette seule raison que nous la connaissons mieux, mais celle qui donne les meilleurs résultats.

Voici mon sentiment à ce sujet. Pour lutter contre les raccourcissements du membre, une chaussure bien faite, avec moulage du pied pris dans des conditions spéciales, rend la marche plus facile et meilleure que l'opération de Mikulicz, de l'aveu d'un grand opérateur, Ollier, lui-même, et l'on évite ainsi (l'avantage n'est point négligeable) une opération sanglante.

L'arthrodèse a donné beaucoup de mécomptes et ne doit plus guère être faite qu'au genou et, dans quelques cas, au cou-de-pied pour les enfants de l'hôpital. Chez les enfants de la ville, les appareils sont toujours préférables, si ce n'est peut-être au genou. C'est tantôt un appareil rigide, tantôt et mieux un appareil articulé avec un verrou, qui fixe la jointure pour la marche et lui rend sa mobilité pour la position assise.

Pour les lésions des muscles, les anastomoses musculaires sont très en honneur à l'heure actuelle ; mais je crois avec Kirmisson que, bien que cette intervention soit très séduisante, il faut être très réservé sur son avenir, tandis que la méthode essentiellement française du remplacement des muscles perdus par les muscles artificiels en caoutchouc a fait ses preuves pour les mêmes cas.

Quant à la correction des déviations déjà produites par la paralysie infantile, la chirurgie les corrige d'un coup parfaitement par des procédés d'une bénignité assurée : et ces redressements immédiats doivent être préférés aux lents et parfois incomplets redressements que donnent les appareils.

C'est seulement après avoir obtenu d'un coup le redressement, qu'on appliquera les appareils.

REVUE PROFESSIONNELLE

LES ABUS DANS LES OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES

Cette question a été très habilement traitée par notre confrère, M. Charles, dans le *Journal d'accouchements* de Liége.

Nous avons souvent entendu des plaintes relativement à la façon de procéder de beaucoup d'opérateurs, spécialement des chirurgiens des hôpitaux, lorsqu'ils sont appelés en ville ou à la campagne pour une intervention plus ou moins importante.

« Les chirurgiens des hôpitaux appelés par les médecins pour opé-
« rer leurs clients arrivent en général soit avec un assistant, soit un
« interne, soit un externe, soit même un infirmier et, de cette façon, ils
« font une concurrence désastreuse et déloyale aux médecins de la loca-
« lité. Croyez-vous la chose faisable ?

« Ils se chargent même, très souvent, de tous les objets de panse-
« ment et font encore ainsi un tort considérable aux pharmaciens ».

Pour résoudre la question délicate posée par notre estimé con-

frère et ami et par bien d'autres, il faut l'examiner sous toutes ses faces : au point de vue des opérateurs et de leurs aides, des clients, des médecins traitants, des pharmaciens, des hôpitaux.

Pour les opérateurs, c'est très facile et agréable d'arriver avec tout le matériel, les instruments, les aides-médecins et infirmiers. Ils n'ont guère ainsi plus de besogne qu'à l'hôpital où tout est prêt au moment voulu. Ils n'ont pas à surveiller une foule de détails relatifs aux instruments, aux appareils nécessaires, à l'antisepsie. Ils ont plus de sécurité, plus de tranquillité d'esprit ; ils peuvent dès lors mieux penser à l'opération elle-même et au malade.

Ils font de cette façon une entrée en quelque sorte triomphale dans la localité, dans la maison ; leur prestige et leur autorité en sont accrus.... leur vanité aussi et les honoraires également.

Les opérateurs retirent donc agréments et profits de ce système et ils cherchent naturellement à l'étendre dans la plus large mesure.

Cependant pour eux-mêmes, les inconvénients sont sérieux : peu à peu ils dépendent de leurs aides, ils sont à la fin sous leur sujétion et ne peuvent plus se passer de leurs services. Ils ne connaissent même plus *exactement* les nombreux détails de la préparation opératoire : ils deviennent incapables d'entreprendre une opération importante en dehors du cadre où ils se sont volontairement enserrés. Si les circonstances se présentent — et ce n'est pas rare — où ils doivent se passer de leur entourage habituel, ils se trouvent tout désemparés et parfois dans l'impossibilité de se tirer d'affaire convenablement.

Les aides, médecins, internes, infirmiers, bénéficient évidemment à tous les points de vue de l'appui qu'ils prêtent à leurs chefs de service. Ils se font connaître, acquièrent de l'expérience, gagnent de l'argent. Ils ont le plus grand intérêt à se tenir *plus ou moins longtemps* dans l'orbite du chirurgien à la mode.

Dès que les aides croient avoir des ailes suffisantes pour s'éloigner de l'astre brillant et protecteur, ils travaillent pour leur propre compte et font la concurrence à leur maître. Nous en connaissons qui sont parvenus, après peu d'années, à supplanter presque complètement leur ancien patron.

Juste punition pour les chefs qui ont abusé d'un système commode pour eux, mais mauvais pour la plupart de leurs confrères !

Le public est-il avantagé par cette manière de faire ? En définitive, c'est le point le plus important et le seul qui doive toujours nous guider.

Le public est ébloui par le vaste attirail qui accompagne l'opérateur venant avec tous ses aides et appareils. Il paie tout cela en beaux écus sonnants et si son orgueil peut être flatté, c'est au grand détriment de sa bourse. Cela ne fait pas l'affaire de la grande majorité de la clientèle. La plupart des gens se contentent d'être bien opérés et se soucient nullement du faste dont on pourrait entourer les patients.

Dans le grand nombre des cas, il n'y a ni nécessité ni utilité à agir de cette façon. Les médecins traitants sont aptes à préparer tout ce qui est nécessaire aux opérations même les plus compliquées, et c'est leur faire une injure gratuite et imméritée que de les reléguer à l'arrière-plan, de les classer dans les petits rôles insignifiants.

Trop souvent à partir du moment où apparaît le grand homme, l'humble praticien n'est plus rien ; il disparaît absolument dans l'ombre des nouveaux venus. Comment pourrait-il reprendre son autorité et son prestige après avoir été si complètement annihilé ?

Il y a parfois des praticiens paresseux qui ne se sentent pas le courage ou les aptitudes pour s'occuper de tous les détails de la préparation ni pour aider sérieusement l'opérateur. Dans ces cas exceptionnels, celui-ci doit bien prendre tout avec lui. De même quand on ne peut se procurer aisément sur lieu les objets de pansement, ceux-ci doivent bien être apportés par l'opérateur.

En général donc, ce sont les médecins traitants qui doivent être chargés de cette besogne et les produits pharmaceutiques doivent venir de la localité.

Certains chefs de service arrivent non-seulement avec leurs internes et leurs infirmiers, mais encore avec les produits pharmaceutiques de l'hôpital, les tables d'opération de l'hôpital ! L'abus ici devient criant et saute à tous les yeux.

Ils n'ont aucun droit à employer le matériel hospitalier en dehors de leur service, et ils s'octroient ainsi un privilège exorbitant au détriment de leurs confrères et des Administrations publiques.

Certes, les opérateurs ont un rôle un peu plus difficile en agissant correctement. Ils doivent donner un peu de temps et d'attention pour styler parfois des praticiens peu au courant d'une intervention importante et pour veiller aux multiples détails de la préparation. Ils n'en ont que plus de mérite et ils n'en retireront que plus de satisfaction.

Pour notre part, nous avons même pratiqué des laparotomies à la campagne, avec des médecins peu habitués, avec la gaze, l'ouate et le reste fournis par le pharmacien de la localité. C'était certainement plus difficile et plus long qu'à l'hôpital ; mais enfin on s'en tirait tout de même heureusement et avec succès.

Nous concluons donc de l'examen de la question que le système incriminé est vicieux, qu'il s'impose seulement dans des circonstances très exceptionnelles, que dans la grande majorité des cas il peut et doit être condamné.

Il incombe aux praticiens de ne pas se laisser faire et de déclarer carrément au besoin qu'ils se chargent de tout, en dehors des instruments que l'opérateur apporte toujours avec lui. Celui-ci saura ainsi à quoi s'en tenir et le plus souvent se le tiendra pour dit au grand avantage de tous.

VARIÉTÉS

—

LA TERMINOLOGIE MÉDICALE AU SEIZIÈME SIÈCLE. LES RAPPORTS DE VIRGINITÉ.

Un confrère chercheur et érudit nous transmet aujourd'hui deux documents du XVI[e] siècle qui montrent que le langage poétique de Bretonnayau ne s'était pas encore généralisé chez les matrones.

Il s'agit de deux *Rapports médico-légaux* dressés par des sages-femmes chargées de renseigner la justice sur la *défloration*.

Nous appelons surtout l'attention sur la terminologie employée dans ces curieux documents. C'est ainsi que le périnée est désigné sous le nom peu gracieux d'*entrepet* ; le vagin est le *pouvant* ; les nymphes sont les *halerons*, etc.

Voici le premier de ces documents intitulé :

Rapport de défloration tiré du « Traité des erreurs populaires » de Laurent Joubert, médecin de Montpellier, livre V, chap. IV, p. 497.

« Nous, Marion Teste Jeanne de Mans, Jeanne de la Guigans et Magdelaine de la Lippuë, Matrones-Jurées de la Ville de Paris, certifions à tous qu'il appartiendra que, le 14[e] jour de juin 1532, par l'ordonnance de M. le Prévôt de Paris ou son Lieutenant en ladite Ville, nous nous sommes transportées en la rue de Frepant, où pend pour enseigne la Pantoufle, où nous avons vu et visité Henriette Pelicière, jeune fille âgée de 15 ans ou environ, sur la plainte faite par elle en justice contre Simon Le Bragard, duquel elle a dit avoir été forcée et déflorée. Et le tout vu et visité, au doigt et à l'œil, nous trouvons qu'elle a : les *barres* (1) froissées, le *haleron* (2) démis, la *dame du milieu* (3) retirée, le *pouvant* (4) debissé, les *toutons* (5) devoyés, l'*entrechenart* (6) retourné, la *babole* (7) abbattuë, l'*entrepet* (8) ridé, l'*arrière-fosse* (9) ouverte, le *guilboquet* (10) fendu, le *lippion* (11) recoquillé, le *barbidaut* (12) tout écorché et tout le *lipendis* (13) pelé, le *guilhevard* (14) élargi, les *balunaux* (15) perdants. Et le tout vû et visité *feuillet par feuillet*, avons trouvé qu'il y avait trace de.....

Et ainsi, nous, dites Matrones certifions être vrai, à vous, Monsieur le Prévôt, au serment qu'avons à ladite Ville... »

(1) L'os pubis ou Bertrand. (2) Les nymphes. (3) L'hymen. (4) La partie féminine appellée ici le *Pouvant* parce qu'elle peut tout. (5) La gorge flétrie. (6) Les membranes qui lient les caroncules les unes aux autres. (7) Les nymphes. (8) Le périnée. (9) L'orifice interne de la matrice. (10) Le col de la matrice fendu. (11) Le poil. (12) Le clitoris. (13) Le bord des grandes lèvres. (14) Le conduit de la Pudeur, appelé le vagin. (15) Les lèvres de la vulve.



Le deuxième *Rapport de virginité* a été redigé en langue béarnaise et traduit en français dans : l'*Art de faire les rapports en chirurgie par Devaux* (1743).

« Nous, Jeanne du Mon, Jeanne Vergnier et Béatrix Laurade de la Paroisse d'Espère en Béarn, Matrones et Sages-Femmes interrogées et éprouvées, certifions à tous ceux et à toutes celles qu'il appartiendra que par Ordonnance de Justice et commandement de haut Magistrat, M. le Juge dudit Lieu d'Espère, le 15e jour du mois de may, l'an 1545, nous Matrones susdites, avons trouvé visité et examiné Mariette de Garignes, de l'âge de 15 ans ou environ ; sur ce que ladite Mariette disait avoir été forcée, déflorée et dépucelée. C'est pourquoi nous, sages-femmes susdites, avons tout visité et regardé, avec trois bougies allumées, touché avec les mains, examiné avec les yeux et retourné avec les doigts. Et nous avons trouvé qu'elle n'avait ni la *partie féminine* (*broquadès*) débissée, ni les *caroncules* (*halhon*) démises, ni les *nymphes* (*barbolo*) abbatuës, ni le *périnée* (*entrepet*) ridé, ni *le col de la matrice* (*reffiron*) fendu, ni *le poil* (*pepillon*) recoquillé, ni l'*hymen* (*la dame du milieu*) retiré, ni la *gorge* (*trés*) flétrie, ni le bord des *grandes lèvres* (*vilependis*) pelé, ni *le vagin* (*guilhevard*) élargi, ni *les membranes qui lient les caroncules les unes aux autres* (*barrividau*) retournées, ni *l'os pubis* (*bertrand*) rompu. ni *le clitoris* (*bipendix*) aucunement écorché. Le tout, nous, Matrones et sages-femmes susdites, disons être ainsi, par notre rapport et jugement direct. »

Et dire que de tels documents figuraient dans l'*Art de faire les rapports en chirurgie* publié à la fin du dix-huitième siècle ; nous en recommandons la lecture aux médecins légistes d'aujourd'hui pour qu'ils s'en inspirent pour la rédaction des rapports destinés aux parquets.

On ne s'embêterait pas à l'audience, lorsqu'on y lirait des documents ainsi conçus :

Nous avons visité la dame X..... *feuillet par feuillet* ; avons constaté que sa partie féminine est *délissée*, la *babole* rabattue, l'*entrepet* ridé, etc.... »

Nous renvoyons ces curieux documents à nos médecins légistes afin qu'ils puissent servir de formules, ainsi que le désirait Devaux, qui les donnait comme modèles en 1743. Dr Minime.

HYGIÈNE SOCIALE

—

L'ALCOOLISME ET LES FEMMES DES MAISONS DE TOLÉRANCE

Par le Dr LUTAUD.

Il y a bien des années que je me suis séparé, à mon grand regret, de la majorité de mes confrères qui croient que les mesures répressives contre les prostituées sont utiles pour enrayer le développement des maladies vénériennes. Je suis devenu *abolitionniste* ; c'est là une opinion qui n'engage que moi et que je n'émets du reste que très rarement dans ce journal, ouvert à toutes les discussions et dans lequel l'opinion contraire a été souvent soutenue avec talent par mes collaborateurs.

J'ai assisté au Congrès abolitionniste tenu à Lyon en juillet 1901, où j'ai eu le plaisir d'entendre plusieurs magistrats municipaux qui, après avoir eu le courage de supprimer les maisons de prostitution et la police des mœurs, n'avaient eut qu'à se louer de cette mesure d'assainissement dans les villes où elle avait été appliquée.

La maison de tolérance m'a toujours paru comme la plaie la plus hideuse qui ronge les pays latins ; je n'ai jamais pu comprendre l'aberration des gouvernements qui entretiennent sous leur surveillance des établissements patentés ou grouillent les plus ignobles vices et dont toutes les pensionnaires sont affectées de la tare trinitaire dont la femme ne se débarrasse jamais : alcoolisme, syphilis, gonorrhée.

Ne pouvant me faire entendre par la génération médicale actuelle, j'ai trouvé un biais qui a beaucoup embarrassé mes adversaires, en proposant de refuser aux maisons de tolérance *le droit de vendre de l'alcool*. C'est la proposition que j'ai faite au Congrès de Lyon. Je savais que si elle était adoptée, elle porterait un coup fatal aux établissements officiels. Nous savons tous que les femmes *en maison* sont non seulement des réceptables pour la vérole et la chaudepisse, mais surtout des boîtes à alcool. Une pensionnaire qui ne boit pas et ne fait pas boire son client n'est pas gardée par la directrice, parce qu'elle ne rapporte rien. Si elle voit vingt clients, il faut qu'elle avale et fasse avaler vingt consommations, sur lesquelles elle touche du reste une remise.

J'ai la satisfaction de voir que ma parole a été écoutée par des hommes vraiment imbus des principes de saine hygiène et de philanthropie.

L'Union française antialcoolique, réunie à Lille le 16 novembre 1901, sous la présidence de M. le Dr Legrain, a émis le vœu suivant :

Vu la résolution du Congrès abolitionniste tenu à Lyon en 1901 renvoyant aux sociétés antialcooliques le soin de se préoccuper du débit des boissons alcooliques dans les maisons de prostitution ;

Considérant que le débit des boissons alcooliques dans les maisons de prostitution est une source de profits considérables pour ces maisons ;

Que la preuve est aujourd'hui faite que la prostitution en maison n'est que le prétexte inavoué à la vente des boissons fortes ;

Que les malheureuses femmes retenues dans ces établissements sous la surveillance de la police sont condamnées à l'alcoolisme, sans qu'il leur soit possible de s'y soustraire ;

Que beaucoup d'entre elles, ainsi empoisonnées, perdent toute trace du ressort moral nécessaire pour s'affranchir de leur lamentable condition ; que la suppression de la vente des spiritueux dans les maisons de prostitution aurait pour effet la fermeture spontanée de beaucoup d'entre elles et que, du même coup, la prostitution serait atteinte ;

Emet le vœu :

Que l'Administration de police et les municipalités intéressées mettent tout en œuvre pour abolir le commerce des spiritueux dans les maisons de prostitution.

Quel est donc le médecin, l'hygiéniste ou le fonctionnaire (même celui qui a ses petites entrées dans les dites maisons), qui refuserait son assentiment à une mesure aussi inoffensive en apparence ?

Supprimez l'alcool de la maison de tolérance et elle aura vécu. Les basses pratiques de fornication qui y sont en honneur ne sont compatibles qu'avec l'ivresse. Que M. Brieux nous fasse une pièce à thèse sur ce sujet.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement des fibromes de l'utérus par la dilatation de la cavité de l'organe. — Malgré l'ancienneté du procédé, on ne connaît pas encore très bien les effets curatifs de la dilatation de l'utérus. Presque tous les auteurs admettent qu'elle agit comme hémostatique et analgésique dans les fibromes de l'utérus, qu'elle entraîne le développement de ces tumeurs, aide à leur résorption et même à leur énucléation spontanée.

Les faits cliniques où ce procédé a été employé dans le traitement des fibromes de l'utérus sont excessivement rares. Toutefois, on peut en conclure que la dilatation sanglante de la cavité utérine a donné des ré-

sultats satisfaisants, tandis que la dilatation exsangue a fourni 28 % de résultats négatifs.

Cette opération, en tant qu'intervention autonome dans le traitement des fibromes de l'utérus, a été rarement employée et par de rares gynécologistes.

L'hémostase, l'arrêt du développement de la tumeur, ainsi que la transformation des fibromes interstitiels en sous-muqueux seraient dus aux contractions de l'utérus provoquées par la dilatation du col. L'action anesthésique du procédé serait dû à l'élongation et à la section des nerfs du col utérin.

L'opération peut amener la perforation des parois utérines et la nécrose des tissus, favorisées par les lésions anatomiques dont l'utérus fibromateux est le siège.

La dilatation de la cavité cervicale est surtout indiquée dans les fibromes interstitiels petits et moyens. On peut l'employer aussi comme traitement symptomatique dans les cas de fibromes volumineux où les complications énoncées plus haut ne sont pas à craindre.

En dehors de la dilatation sanglante, la dilatation extemporanée par les bougies d'Hégar doit être considérée comme le meilleur procédé.

On peut parfois, avant d'entreprendre la dilatation brusque, la faire précéder par une dilatation légère à l'aide de laminaires ou des éponges préparées.

Dans les cas qui exigent une hémostase temporaire, il faut combiner la dilatation brusque avec le tamponnement de la cavité utérine. Cette médication mérite d'être rappelée ; si elle ne peut se substituer à l'hystérectomie, elle a mérité d'être à la portée de tous les praticiens.

La gonorrhée ascendante chez la femme. — D'après Thorn, le col de l'utérus s'oppose à la pénétration du gonocoque, comme il le fait, du reste, pour d'autres, et cette pénétration ne se fait qu'à la faveur de certaines circonstances adjuvantes, qui sont la menstruation ou l'état puerpéral. C'est donc pendant ces états qu'il faut redoubler de vigilance, afin d'éviter une infection gonococcique de l'utérus. Le mieux, c'est de mettre la malade au lit, de soigner en même temps la gonorrhée du mari et les prévenir tous les deux de ce qui peut arriver si les prescriptions médicales ne sont pas exécutées à la lettre.

Une autre cause fréquente de la propagation de la gonorrhée à la cavité utérine est le cathétérisme de l'utérus qu'on fait généralement trop facilement. Cette intervention peut être évitée dans l'énorme majorité des cas, grâce à la palpation combinée, qui fournit tous les renseignements nécessaires au diagnostic.

Le traitement médical permet encore d'obtenir la guérison quand le gonocoque a déjà envahi la cavité utérine. D'après M. Thorn, les interventions locales, le curettage, la cautérisation, etc., ne font qu'aggraver la situation.

Il en est de même, d'après M. Thorn, de l'annexite gonorrhéique provoquée par la pénétration du gonocoque dans les trompes. Au début, la salpingite forme une tumeur considérable, mais il faut savoir que généralement il y a peu de liquide dans la trompe, et que la masse est principalement constituée par un exsudat péri-tubaire et par l'agglutination des intestins. Sous l'influence du repos au lit et d'un traitement antiphlogistique, la masse diminue rapidement de volume, et la lésion guérit souvent. Même la péritonite gonorrhéique, malgré les symptômes bruyants qu'elle provoque, n'est presque jamais mortelle et guérit fort bien par le traitement médical.

Il va de soi que la *restitutio ad integrum*, sous l'influence du traitement médical est rare. Mais ce traitement donne une guérison relative avec capacité de travail pendant des années et des années, et évite, enfin, la mutilation de la femme. (Soc. méd. de Magdebourg, juin 1901.)

Traitement des hémorrhoïdes par la chrysarobine.

1° Pommade contre les hémorroïdes externes.

(Après désinfection préalable avec la créoline ou l'acide phénique).

R. Chrysarobine..............	0,8
Iodoforme....................	0,3
Extr. belladone..............	0,6
Vaseline.....................	20

2° Suppositoires contre les hémorrhoïdes internes.

R. Chrysarobine..............	0,08
Iodoforme....................	0,02
Extr. belladone..............	0,01
Beurre de cacao..............	2,00

Après peu de jours, les douleurs et les hémorrhagies disparaissent ; après 3-5 mois, les hémorrhoïdes sont complètement rétractées.

Traitement des Endocervicites par le Naftalan.

Enduire un tampon d'un mélange par parties égales de Naftalan et d'huile d'amandes douces, et le placer au fond du vagin, en le laissant toute la nuit. Renouveler ce pansement tous les 2 jours.

Traitement des convulsions infantiles

(VAUCAIRE).

Après l'attaque, quand le petit malade sera revenu à lui, faire prendre par cuillerées à café la potion suivante :

Bromure de potassium	1 gr.
Musc	0 gr. 10 à 0 gr.20
Hydrolat de tilleul.. / Hydrolat de fleurs d'oranger	àà 50 grammes
Sirop simple	20 grammes.

Et faire respirer de l'éther.

Si les convulsions ne s'arrêtent pas :

Administrer le lavement suivant :

Hydrate de chloral..	0 gr. 30 à 1 gr.
Musc	0 gr. 20
Camphre	1 gr.
Jaune d'œuf	N° 1
Eau	150 gr.

F. s. a. 1 lavement qu'on donne après un lavement simple.

STEINER conseille le chloral dont la dose variera suivant l'âge :

Nouveau-nés	de 0gr.03 à 0gr.05
Nourrissons	de 0gr.05 à 0gr.15
Enfants de 2 à 6 ans	de 0gr.20 à 0gr.30
Enfants de 10 à 12 ans	de 0gr.40 à 0gr.75

WEST conseille les inhalations de chloroforme.

Saignée (dans le cas d'anasarque scarlatineux ou de convulsions d'origine cérébrale). Sangsues aux apophyses mastoïdiennes.

Affusions froides, vessie de glace sur la tête.

On peut donner le musc, de 0 gr. 40 à 1 gramme dans les 24 heures.

Traitement du Torticolis congénital.

(DAUCHEZ)

I. — 1° L'enfant sera opéré de bonne heure, vers un an, car la persistance de l'attitude vicieuse altérerait la conformation des vertèbres cervicales et empêcherait la tête de conserver la position verticale.

2° Aucun appareil ne pouvant être supporté chez les très jeunes enfants on pratiquera aussitôt après la ténotomie, des massages, des frictions et des manipulations quotidiennes des muscles du cou.

On pourra aussi maintenir le redressement du cou à l'aide de bandes de toile ou de diachylum fixées circulairement à la tête et à la ceinture et reliées l'une à l'autre par une bande verticale passant en avant et en arrière de l'épaule. La couronne de la tête peut être remplacée par une calotte ou un bonnet serré à fixer sous le menton. La minerve de Gerdy, à faire porter plus tard, se compose d'un cimier métallique recourbé, mobile, mais pouvant être fixé à une plaque dorsale immobilisée par de larges bretelles, et au bassin par un tuteur spinal et un ressort circulaire à pelotes. Du sommet du cimier descend une fronde sous-mentonnière fixée circulairement au front par une bretelle. Le cimier fixé par sa tige sur la plaque dorsale, peut pivoter sur son axe et maintenir la tête dans une disposition déterminée.

II. — *a*). Le torticolis musculaire sera médicalement traité :

1° Par l'enveloppement de cataplasmes chauds en cravate.

2° Par l'administration de la potion suivante :

Salicylate de soude...	1 à 4 gr.
Sirop thébaïque.....	20 gr.
Potion de Todd.....	100 gr.

3° Par l'antipyrine 0,15 centig. par année d'âge — en plusieurs fois.

4° Par l'immobilité et le repos.

b) S'agit-il de la forme méningitique, l'immobilisation à l'aide d'un appareil plâtré, ou en gutta percha, c.-à-d. mobile, permettant l'application de pointes de feu, ou de cautères volants, devra être conseillé. L'immobilisation à plat sur le dos, sans oreiller, calmera la douleur et préviendra l'attitude vicieuse.

c) Dans la forme paralytique, le massage et les électrisations conviennent seuls avec l'administration des toniques.

d) Le torticolis cicatriciel exige l'intervention chirurgicale.

Traitement médical des érosions et des ulcérations du col.

(LUTAUD)

Reconnaissant presque toujours la même étiologie — l'accouchement — les lésions du col peuvent être divisées, au point de vue de leur traitement, en trois variétés :

La simple érosion, caractérisée par

une sorte de desquamation de la muqueuse ;

L'ulcération, caractérisée par une véritable plaie avec perte de substance plus ou moins étendue ;

La lacération, déchirure ulcéreuse modifiant profondément la forme et l'aspect du col. Son traitement est essentiellement chirurgical.

Voici le traitement médical de ces deux premières lésions.

A. — *Erosion simple.* Elle s'accompagne le plus souvent d'une rougeur des téguments et d'une hypertrophie totale du col.

I. — C'est dans ces cas qu'il convient d'appliquer des toniques modifiant légèrement les surfaces malades, tels que la teinture d'iode et les solutions de nitrate d'argent à 1/30 :

Teinture d'iode.......	20 grammes.
Chlorhydrate de morphine..............	1 gramme.

Pour appliquer sur le col avec un pinceau ; tamponner ensuite avec de l'ouate. Répéter les applications tous les deux jours.

II. — Les tampons imbibés de glycérine, si populaires dans la thérapeutique utérine, trouvent ici leur application. J'associe ordinairement un substitutif quelconque à la glycérine :

Glycérine............	100 grammes.
Sulfate de zinc.......	2 —
Essence de Wintergreen............	X gouttes

III. — Enfin, lorsque le col est volumineux, rouge et tuméfié, je conseille l'ignipuncture.

Cette petite opération, qui consiste à introduire deux ou trois pointes de feu à 1 centimètre de profondeur sur chacune des lèvres du col, rentre tout à fait dans la pratique courante. Il est bon de rappeler au praticien que le tissu utérin *n'est nullement douloureux* et que l'application du thermocautère sur le col ne provoquera aucune sensation désagréable. Il est bon d'employer un spéculum de Fergusson, pour ne pas s'exposer à brûler les parois vaginales. L'ignipuncture sera suivie d'une bonne injection froide et d'un tamponnement à la gaze iodoformée.

Les petites plaies résultant de la chute des eschares seront traitées comme ci-dessus.

B. — *Ulcérations du col.* I. — Lorsqu'elles sont peu étendues, elles cèdent généralement à des attouchements avec le crayon de nitrate d'argent, suivis de l'application d'un tampon d'ouate boriquée. C'est le traitement classique.

II. — Si la plaie est étendue et ancienne, s'il existe en même temps de l'endométrite et de la leucorhée, les attouchements au nitrate d'argent sont insuffisants et demandent, pour effectuer la guérison, un trop grand nombre de pansements pour que les femmes s'y soumettent. J'ai, dans ces cas, recours à des substitutifs que j'applique directement sur le col sous forme de poudres :

Iodoforme.........	40 grammes.
Acide salicylique.. } Sous-nitrate de bismuth............. }	àà 10 —
Camphre....	5 —

Le camphre masque assez bien l'odeur de l'iodoforme. Cette poudre est une des meilleures qu'on puisse appliquer sur les ulcérations du col. Mais il faut la mettre avec le spéculum et autant que possible ne l'appliquer que sur les parties ulcérées. On se servira pour cela d'un petit insufflateur. On maintient la poudre en place à l'aide d'un tampon d'ouate.

III. — J'enlève le pansement au bout de vingt-quatre heures, j'applique le spéculum et je dirige sur le col même une injection ainsi préparée :

Acide salicylique...	4 grammes.
Alcoolat de lavande.	30 —
Eau.................	450 —

Deux cuillerées à soupe par litre d'eau.

Lorsque les femmes veulent se soumettre à ce traitement, qui demande un pansement quotidien, les ulcérations du col guérissent rapidement, même lorsqu'elles sont étendues et profondes.

IV. — J'ai encore employé avec succès, surtout dans les cas où les ulcérations sont accompagnées d'un écoulement très abondant et dont on suspecte la nature blennorrhagique, la fuschine et le permanganate de potasse.

Après avoir bien lavé la surface ulcérée (le spéculum étant en place) avec de l'eau chaude, je touche la plaie avec un bourdonnet d'ouate, imbibé de la mixture :

Fuschine..........	10 grammes.
Eau............... } Alcool............. }	àà 50 —

J'applique ensuite un tamponnement avec de l'ouate ou de la gaze iodoformée. Je préfère cette dernière substance, qui permet de n'enlever le pansement qu'au bout de quarante-huit heures, ce qui est préférable.

MÉDICATIONS NOUVELLES

Applicables à la Pédiatrie et à la Gynécologie

—

Le Permanganate de zinc dans l'uréthrite. — Ce médicament se présente sous la forme de cristaux semblables au permanganate potassique, très hygroscopiques, facilement solubles dans l'eau. Berkeley Hill a employé avec beaucoup de succès le permanganate de zinc pendant plusieurs années pour le traitement de toutes les formes d'uréthrite, mais surtout les formes aiguës de cette maladie. Ce qui est particulièrement remarquable dans l'action de cette préparation, c'est qu'elle est absolument dépourvue des effets irritants sur les muqueuses. On fait bien de ne jamais ordonner le permanganate de zinc en solutions concentrées, la dose de 0,5 gr. sur 2.000 gr. d'eau est la plus convenable. Il faut écarter rigoureusement des formules l'alcool, les extraits végétaux, etc., avec lesquels le permanganate de zinc forme des composés explosibles.

L'ouabaïne contre la coqueluche et l'asthme. — On désigne sous ce nom un alcaloïde obtenu des racines de l'*ouabaio*, plante de la famille du *Carissa Schimperi*.

C'est Percy Wilde qui, le premier, a pensé à l'emploi de l'ouabaïne dans l'asthme et la coqueluche. William Gemmell en a formulé ainsi l'emploi et les indications.

1° L'ouabaïne agit favorablement sur la coqueluche dans toutes ses périodes (dans la 1re, elle coupe net les accès ; dans la 2e, diminution des accès en nombre et en intensité ; dans la 3e, elle accélère notablement la convalescence).

2° L'ouabaïne n'a pas d'action cumulative.

3° Il ne faut jamais débuter par des doses supérieures à 0 gr. 00006, répétées trois fois par jour (jusqu'à 0 gr. 00025 par jour).

4° Les enfants au-dessous de 1 an ne doivent jamais prendre plus de 0 gr. 00008, toutes les 3 heures.

5° Dans le cas où les accès de toux sont très violents et très nombreux, on peut donner aux enfants de 6 à 12 ans jusqu'à 0 gr.00012 par dose ; mais l'action du médicament doit alors être soigneusement surveillée.

6° On peut administrer l'ouabaïne soit en nature, soit dissoute dans l'eau, soit mélangée au bromure de potassium ou au chloral hydraté. Le mieux est de dissoudre 0 gr. 06 d'ouabaïne dans de l'eau distillée, de sorte que chaque goutte de la solution contienne 0 gr. 00006 d'ouabaïne :

Solution d'ouabaïne.	XLVIII gout.
Sirop d'écorce d'oranger............	15 gram.
Eau distillée q. s. p. f.	180 —

M. D. S. — A prendre par cuillerée à café, toutes les 3 heures.

Traitement des diarrhées par les injections sous-cutanées de chlorodyne. (Cimbali.) — Dans le cours des maladies infectieuses, on voit quelquefois survenir des diarrhées profuses, — jusqu'à vingt et trente selles dans les vingt-quatre heures, — qui, cela va de soi, épuisent les malades et sont ainsi une cause d'aggravation. Ces diarrhées excessives s'observent surtout dans les formes adynamiques ; elles traduisent une gravité exceptionnelle de l'infection. On ne réussit à les arrêter qu'avec les astringents, mais ce résultat peut être obtenu au moyen des injections sous-cutanées de chlorodyne, médicament complexe, très usité en Angleterre, et qui a pour formule :

Rec. Chloroforme....	3 parties
Ether sulfurique.	2 —
Acide perchlorique..........	3 —
Teinture de chanvre indien.....	2 —
Sirop simple.....	20 —
Teinture de capsicum..........	3 —
Morphine.........	1 —
Acide cyanhydrique dilué......	1 —
Essence de menthol.............	5 —

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

OBSTÉTRIQUE

LES RÉTRÉCISSEMENTS DU VAGIN D'ORIGINE OBSTÉTRICALE.

Professeur GUENIOT.

Il existe certains points de la gynécologie courante qui ont été traités avec une rare précision par les maîtres qui ont précédé l'école de nos brillants accoucheurs contemporains. Il y a vingt ans, les accoucheurs des hôpitaux étaient recrutés parmi les chirurgiens et les médecins du bureau central ; ils entraient donc dans la carrière obstétricale après avoir déjà une grande expérience de la pratique de la chirurgie. Tel est le cas de M. Gueniot, qui a brillamment dirigé un de nos plus importants services hospitaliers et dont les travaux sont marqués au coin de l'expérience et de la clinique.

Nos lecteurs nous sauront gré de reproduire un point de pratique se rattachant à la fois à l'obstétrique et à la gynécologie. Le travail de M. Gueniot, qui figure dans les archives de l'ancienne *Société obstétricale et gynécologique*, traite d'une question courante et souvent controversée ; *les rétrécissements du vagin et leur traitement.*

M. Gueniot énumère d'abord les inconvénients qui résultent de la coarctation du vagin :

1° Difficulté ou presque impossibilité des rapports conjugaux ;

2° Difficulté ou presque impossibilité de la fécondation ;

3° Difficulté ou presque impossibilité de l'évacuation du liquide menstruel ;

Douleur plus ou moins vive et plus ou moins persistante pendant la période des règles ;

5° Enfin, difficulté ou presque impossibilité de l'expulsion spontanée de l'enfant lorsque, malgré l'obstacle à la fécondation, une grossesse est survenue et a pu être conduite au-delà de ses premiers mois.

J'ajouterai, comme symptôme particulier (que j'ai déjà plusieurs fois rencontré), l'existence d'une hyperesthésie vaginale, ou sorte de vaginisme, qui aggrave sensiblement la situation de la femme.

Quant aux *causes* du rétrécissement cicatriciel, on peut dire qu'elles dérivent presque toujours : soit de *complications survenues pendant un accouchement* (opérations diverses, déchirures, gangrènes, etc.) ; soit *d'injections caustiques faites dans le vagin*, surtout celles que l'on pratique avec le perchlorure de fer ; soit, enfin, des blessures accidentelles de la région, lorsque celles-ci n'ont pas été convenablement traitées.

« Je reçus à ma consultation, dit M. Gueniot, une dame, habitante de la province, qui, étant accouchée 14 ans auparavant, n'avait pu — à son grand chagrin, comme à celui de son mari — de-

venir enceinte depuis lors. Agée de 35 ans, elle était douée cependant d'une forte constitution et d'une belle apparence de santé. La cause de cette infécondité ne lui était, du reste, pas inconnue.

Elle me conta, en effet, que, dans son unique accouchement, elle avait été assistée par un très vieux médecin qui, malgré l'extrême longueur du travail et la présence de la tête à proximité de la vulve, n'avait pu se décider à la délivrer avec l'aide du forceps. Il s'en était suivi, outre la mort de l'enfant, une plaie gangreneuse dans la profondeur des parties, et ensuite un rétrécissement considérable du vagin. A quelque temps de sa délivrance, on avait dû aussi la soumettre à de nombreuses cautérisations au nitrate d'argent.

Bref, depuis ces accidents, aucune conception n'avait pu se produire. Les rapports conjugaux étaient devenus presque impossibles et toujours accompagnés de douleurs. Le flux menstruel lui-même ne s'opérait qu'avec grande difficulté et au prix de souffrances parfois très vives.

On devine sans peine, d'après ce récit, quel genre de service la consultante venait réclamer de la chirurgie parisienne. Il s'agissait de la débarrasser, s'il était possible, d'une infirmité à la fois douloureuse et nuisible à ses désirs de maternité. Je l'examinai et voici ce que je constatai :

1° La moitié inférieure du vagin restait libre et normale ; elle représentait un canal d'environ six centimètres de longueur et qui se terminait par une voûte assez régulière.

2° Sur le milieu de cette voûte, on remarquait une fente de dix millimètres, à direction transversale ; c'était l'orifice inférieur d'un trajet tortueux et resserré qui tenait lieu de la moitié supérieure du vagin. Ce ne fut, en effet, qu'avec difficulté et grâce à des inclinaisons diverses que je parvins à faire pénétrer une sonde utérine dans ce canal à parois indurées.

3° Par le toucher rectal, on percevait en avant, à dix centimètres de profondeur, un corps arrondi, de consistance ferme et de la grosseur d'un marron, qui n'était autre que le col de la matrice. Celui-ci, toutefois, ne se déplaçait pas à la pression et paraissait être adhérent à la masse cicatricielle du vagin.

Si laborieuse que dût être, en telles circonstances, une opération de restauration vaginale, je ne crus pas devoir la refuser aux intéressés et je pris jour, pour l'exécuter, avec les deux médecins ordinaires de la patiente. Comme il s'agissait d'opérer en province, je dus me munir de nombreux instruments : dilatateurs et écarteurs vaginaux, spéculums divers, bistouris à long manche, boutonnés ou à pointe libre, hystérotomes à lames cachées, pinces à forcipressure, etc., etc. Avec cet arsenal compliqué, je voulais être armé contre toute surprise. Mais, après des essais variés, je ne tardai pas à reconnaître qu'il m'était presque totalement inutile. Un simple bistouri, constamment dirigé par le doigt, finit par

prévaloir sur tous les autres instruments, et ce fut ainsi que je pus conduire à bien l'opération.

Voici, d'ailleurs, comment je procédai, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques d'usage.

La vessie et le rectum ayant été vidés, la patiente fut anesthésiée et maintenue en face d'une fenêtre dans la position obstétricale. Une sonde métallique fut placée à demeure dans la vessie ; puis les parois du vagin étant écartées à l'aide d'un spéculum de Sims et d'un releveur spécial, j'introduisis dans l'ouverture du canal rétréci un dilatateur utérin à deux branches. De la sorte, je pus tendre les lèvres de cet orifice, pratiquer sur elles avec sûreté de petits débridements et élargir l'entrée du conduit cicatriciel. Mais il me fut bientôt impossible de continuer ainsi. En portant le bistouri dans cette profondeur, je ne me sentais plus à l'aise, parce que, malgré toute l'attention qu'y apportaient mes confrères, ils ne parvenaient pas à maintenir, au niveau du champ opératoire, un écartement suffisant des parois vaginales. L'œil discernait mal entre les plis de la muqueuse, les points où devaient porter les incisions. Un suintement sanguin, il est vrai très modéré, mais qui néanmoins nécessitait de temps en temps le jeu d'une éponge, contribuait encore à obscurcir les tissus à diviser. Bref, après avoir cheminé d'un à deux centimètres dans cette gangue cicatricielle, je n'avançais plus ; je commençais même à désespérer de ma tentative, lorsque, renonçant à tout mon appareil instrumental, j'eus l'idée de substituer le toucher à la vue comme guide de l'instrument tranchant. Cette manière de faire changea tout aussitôt la marche des choses. Mon indicateur gauche, porté jusque dans l'amorce du nouveau canal et pressant sur le tissu à diviser, tantôt en avant, tantôt en arrière, puis à gauche, à droite, en un mot dans toutes les directions successivement, faisait ainsi saillir de petites brides, d'une dureté cartilagineuse, que le bistouri incisait chaque fois en produisant un bruit sec qui s'entendait à distance. De proche en proche, en cheminant lentement et par petits coups, je parvins jusqu'au col utérin qui était lui-même fixé, en arrière, à la masse cicatricielle. Le doigt me servant constamment de guide, pendant qu'un aide relevait la paroi vaginale antérieure, je pus donc reconstituer, dans sa vraie direction et sans aucun accident, la portion de vagin qui avait été si gravement altérée. Un spéculum bivalve fut porté, séance tenante, jusqu'au fond du nouveau canal ; puis, ses valves ayant été facilement écartées, il fut acquis que le vagin avait recouvré en très grande partie ses dimensions premières.

Comme les tissus divisés étaient d'origine cicatricielle, la quantité de sang perdue fut très minime ; elle ne dépassa pas quarante grammes. L'opération avait duré près de deux heures, pendant lesquelles la patiente fut constamment maintenue sous l'action du chloroforme. Il convient d'ajouter que c'est dans la dernière demi-

heure, alors que le doigt et le bistouri étaient presque seuls en jeu, que la voie nouvelle put être en très grande partie effectuée.

Si je me suis appesanti sur le procédé qui, finalement, me fut d'un si grand secours, c'est qu'il s'agit ici d'une opération non réglée, sur laquelle les auteurs classiques restent pour ainsi dire muets. Or, sans vouloir tirer d'un fait particulier des déductions trop générales, je ne puis cependant me défendre de penser que, pour des cas analogues de coarctation ancienne, le procédé en question est le meilleur et, conséquemment, que c'est à lui qu'il conviendrait de recourir avant tout autre.

En effet, dans ces conditions spéciales, ce n'est pas l'œil qui peut servir de guide assuré. Dans la profondeur du vagin, la voie est trop semée d'écueils pour que la vue toujours insuffisante du champ opératoire puisse donner au chirurgien toute sécurité. Le doigt, au contraire fournit sans peine les notions de consistance, de rapports et de direction qui permettent d'orienter efficacement l'instrument tranchant.

A mon avis donc, pour ces cas difficiles où il s'agit de constituer *sur place* un canal presque oblitéré, c'est au bistouri constamment dirigé par le doigt qu'il convient de donner la préférence.

Mais ce n'est pas tout de rétablir la voie oblitérée, il importe aussi de la maintenir libre. Or, le canal artificiel que j'avais pratiqué à travers une gangue de tissu très dense, d'une dureté presque cartilagineuse, devait être par ce fait tout prédisposé à se rétrécir et même à s'effacer graduellement. Aussi, avant de quitter l'opérée, pris-je le soin d'avertir les honorables confrères qui m'avaient assisté, que la désobstruction du vagin ne constituait, dans l'espèce, qu'un préliminaire indispensable au succès définitif, mais que celui-ci ne pourrait être acquis qu'au prix d'efforts soutenus contre l'action rétractile de la nouvelle cicatrice.

Je conseillai, dans ce but, d'utiliser le plus tôt possible les dilatateurs mécaniques, le spéculum bivalve principalement, et de ne mettre à cette pratique d'autre circonspection que celle qui pourrait être commandée par la menace d'accidents inflammatoires. A une certaine époque du traitement, les rapports conjugaux devaient aussi intervenir comme moyen de dilatation. Ces conseils furent certainement suivis, mais divers accidents s'opposèrent à leur application rigoureuse.

Finalement la patiente se rétablit sans encombre. Néanmoins, *un an après l'opération*, elle attendait encore la grossesse tant désirée. Je la revis à cette époque (novembre 1885), et voici quel fut le résultat de mon examen.

Le rétrécissement vaginal s'était reproduit, mais à un moindre degré que le rétrécissement primitif. Le trajet cicatriciel, au lieu d'être sinueux comme l'ancien, offrait une direction rectiligne ; de plus sa longueur me parut moindre, et son diamètre, au con-

traire, plus large. Celui-ci mesurait environ dix millimètres. Les règles pouvaient ainsi couler sans entrave et ne provoquaient plus de douleur. Enfin la portion saine du vagin se trouvait un peu agrandie, ce qui rendait les rapports conjugaux moins difficiles que par le passé. En définitive, quoique beaucoup trop restreint, le bénéfice de l'opération était toutefois incontestable.

Je ne m'étendrai pas davantage sur la question chirurgicale ; mais qu'il me soit permis d'ajouter, au point de vue obstétrical, diverses considérations pratiques sur le même sujet.

Malgré l'obstacle que le rétrécissement du vagin apporte à la fécondation, les femmes affectées de cette lésion peuvent cependant devenir enceintes du moins certaines d'entre elles. En tel cas, la grossesse réclame-t-elle un traitement spécial, et l'accoucheur doit-il provoquer une délivrance avant terme dans le but de prévenir les difficultés mécaniques qui pourraient se produire dans l'accouchement à neuf mois ?

A cet égard, il règne en France une doctrine que je crois parfaitement fondée et qu'il me paraît utile de ne pas laisser périmer. On admet généralement que l'existence de cicatrices ou de brides, dans le conduit vaginal, ne constitue pas, pour la future parturiente, un danger tel qu'il y ait lieu de hâter l'époque de sa délivrance.

Et la pratique courante démontre, en effet, que dans les cas de ce genre, l'accoucheur parvient presque constamment, sinon toujours, à sauvegarder à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant. Entre plusieurs exemples, qui me sont personnels, je citerai le suivant.

Chez une dame qui était accouchée une première fois aux environs de Paris, dans des conditions particulièrement défectueuses, il s'était produit, à la suite de larges déchirures, une série de brides cicatricielles formant relief dans le vagin. Douze mois après, survint une nouvelle grossesse dont la direction me fut confiée. De même que la précédente, celle-ci fut exempte de toute complication, malgré l'existence de la lésion du vagin.

Je mentionnerai toutefois, comme phénomène bien digne d'être noté, une hyperesthésie vulvo-vaginale qui rendait extrêmement pénible tout contact de ces parties, et qui ne disparut, comme je le dirai bientôt, qu'après la section des brides cicatricielles.

Le terme étant venu, l'enfant se présenta en première position du crâne. La période de dilatation fut longue et, pendant toute la durée du travail, le toucher obstétrical, en raison du vaginisme, inspirait à la patiente une véritable terreur. Enfin, la tête arriva sur le plancher périnéal. Les efforts volontaires s'ajoutant aux contractions bien soutenues de la matrice, les tissus s'amincirent et se dilatèrent assez rapidement jusqu'à donner au périnée l'étendue de huit centimètres d'avant en arrière. Mais à partir de là, ce fut en vain que, tout une heure durant, la tête fut poussée avec

vigueur contre l'obstacle, elle n'avança pas d'un millimètre, et la vulve resta fermée.

A chaque effort d'expulsion, si aminci et étalé que fût le périné, on ne le voyait pas bomber en avant; tout au contraire, il se déprimait sensiblement suivant une ligne oblique qui partait du côté droit de la vulve et se dirigeait vers l'anus. On remarquait, dans cette dépression, du tissu de cicatrice sur une longueur de quatre à cinq centimètres. D'une autre part, avec le doigt porté dans le vagin, on constatait la présence de trois brides cicatricielles, dures et saillantes, qui étaient comme étagées d'avant en arrière, c'est-à-dire de la fourchette vers la profondeur. Elles partaient du côté droit du vagin, au niveau de la branche ascendante de l'ischion, pour gagner la ligne médiane du plancher pelvien. Pendant les efforts d'expulsion, le crâne fœtal venait se buter contre cet obstacle inflexible, et rien n'avançait. Fixé par les traînées cicatricielles à l'ischion droit, le centre du périnée éprouvait seul le mouvement de dépression que je viens de signaler.

Je n'attendis pas davantage ; il me parut évident que les forces de la patiente s'épuiseraient en vain contre l'obstacle.

A l'aide d'un bistouri boutonné, je divisai successivement chacune des trois brides ; la plus profonde, qui était en même temps la plus saillante, fut incisée sur deux points.

La douleur, comme la perte sanguine, furent tout à fait insignifiantes.

A peine ces débridements étaient-ils effectués, que l'hyperesthésie vulvo-vaginale disparaissait comme par enchantement, et que la tête fœtale, efficacement poussée en avant, dilatait la vulve pour se dégager ensuite normalement au dehors. — L'enfant, du sexe masculin, naquit bien portant ; il pesait trois kilogrammes.

Quant à la mère, elle eut des suites de couches parfaites, et la cicatrisation des petites plaies dues au bistouri s'effectua de la manière la plus heureuse. Aussi, dans un troisième accouchement, qui eut lieu à quelques années de là, l'expulsion du fœtus se fit avec tant de rapidité que, malgré mon empressement, je ne pus arriver qu'après la naissance de l'enfant.

Ce fait, et d'autres analogues dont j'ai été plusieurs fois témoin, ne font que confirmer ce que j'avançais plus haut touchant le bien fondé de la pratique française. On ne s'étonnera donc pas de la réponse que je crus devoir faire à la lettre suivante, qui m'était adressée, en date du 27 novembre 1883, par un de nos distingués confrères de l'île d'Haïti :

« M'autorisant de ma qualité d'ancien externe de votre service en 1868, je viens vous demander conseil pour un cas qui m'intéresse personnellement.

« Il s'agit de mon épouse. Elle a 32 ans ; elle a eu quatre enfants et trois fausses couches. Lors de sa dernière fausse couche (il y a huit mois), à 4 mois 1/2 de la grossesse, une hémorrhagie étant sur-

venue par adhérence du placenta, j'ai dû tamponner avec des pelottes de coton, dont la première était imbibée de perchlorure de fer. Le liquide, paraît-il, avait produit une cautérisation de la muqueuse vaginale ; car, trois semaines après, je m'aperçus qu'il s'était formé au vagin, à un centimètre en avant du col, un anneau cicatriciel qui laisse à peine passer l'extrémité de l'index.

« Il semblait que, dans ces conditions, il ne pourrait plus y avoir de conception ; il n'en a rien été, et aujourd'hui ma femme est enceinte de deux mois.

« Je viens donc vous demander ce qu'il y a à faire. L'accouchement sera-t-il possible par dilatation spontanée du rétrécissement ? Le sera-t-il par des incisions à droite et à gauche de l'anneau ? Ces incisions, en s'allongeant au moment du passage de la tête, ne produiront-elles pas des déchirures fort graves ? Faut-il attendre ? Ou bien faut-il provoquer un avortement médical vers trois mois et demi ?

« Voilà sur quoi, je n'en doute pas, vous voudrez bien me donner l'avis de votre science et de votre expérience. »

Comme on le pense bien, je m'empressai de donner satisfaction à notre confrère, et ma réponse fut, en substance :

1° Que la grossesse pourrait, dans une certaine mesure, ramollir la cicatrice et préparer ainsi sa dilatabilité ;

2° Qu'en admettant, comme chose probable, que cette influence de la grossesse fût très restreinte, néanmoins, la partie fœtale, pendant l'accouchement, ne manquerait pas d'élargir à un certain degré l'anneau cicatriciel, et, en tout cas, de le refouler vers la vulve ;

3° Que, dans cette dernière condition, la rétrécissement pourrait toujours être incisé sans grande difficulté, et que, pour éviter toute déchirure dangereuse à son niveau, il suffirait de pratiquer des débridements multiples et peu profonds ;

4° Enfin (comme conséquence de ces diverses éventualités), qu'il n'y avait pas lieu, selon moi, de pratiquer une délivrance avant terme.

Sept mois après cette réponse, je recevais une nouvelle lettre datée du 1er juillet 1884, et qui était ainsi conçue :

Monsieur et cher Maître,

« J'ai attendu quelques mois avant de répondre à votre bienveillante consultation du 5 janvier dernier, pour pouvoir vous donner le résultat du traitement.

« Malgré l'avis d'une sommité médicale de New-York, qui m'indiquait de provoquer l'avortement comme seul moyen de trancher la difficulté, je préférai suivre vos conseils.

« La gestation suivit un cours régulier. Le travail commença vendredi dernier, 27 juin, à 5 heures du matin. A 9 heures, le col était dilaté de 5 à 6 centimètres, et l'anneau cicatriciel avait cédé en

proportion. La tête descendit dans le canal ; mais à mesure qu'elle avançait elle repoussait l'anneau sans le franchir. Vers 11 heures, elle se trouvait à cinq centimètres de la vulve ; le col utérin, complètement dilaté, avait été franchi ; l'anneau résistait toujours. Alors je fis en haut — à droite et à gauche — ainsi qu'en bas — à droite et à gauche — quatre incisions de cinq millimètres chacune, de manière à pouvoir introduire les cuillères d'un petit forceps. Je saisis la tête et terminai l'accouchement sans autre difficulté.

« Vos prévisions se sont donc complètement réalisées, et je suis bien heureux d'avoir trouvé, dans vos conseils, la confiance qu'il me fallait dans cette circonstance.

« Veuillez agréer, de nouveau, tous mes remerciements, etc. »

Ainsi, cette fois encore, la pratique française fut la bonne pratique. Nous serions donc mal inspirés de nous en départir.

LA DÉLIVRANCE PHYSIOLOGIQUE.

(AUVARD).

Pendant l'accomplissement de la délivrance physiologique, et en l'absence de tout accident, quelle doit être la conduite du médecin appelé à assister la femme ?

Le sujet n'est certes pas jeune et il ne présente rien de bien nouveau ; mais on concèdera qu'il est de haute importance. D'ailleurs en médecine pratique, de même qu'en musique, on peut dire que ce ne sont pas les nouveautés qui font toujours le plus de plaisir à entendre.

Les différentes méthodes de conduite à tenir pendant la délivrance physiologique sont au nombre de trois : expectation ; traction ; expression.

Expectation. — Ne rien faire, assister à la délivrance en simple spectateur. Telle était la méthode prônée au siècle dernier par Puzos, et que dans ces derniers temps Kabierske, à Strasbourg a essayé de remettre en honneur.

L'expectation dans une clinique est peut-être d'un bon enseignement pour les élèves en les habituant à la patience si souvent nécessaire en pareil cas.

Laisser agir la nature, quand tout est physiologique, est un conseil d'apparence séduisante.

Mais arrivons à la pratique : une femme vient d'accoucher, le médecin va-t-il attendre auprès d'elle plusieurs heures jusqu'à ce que la délivrance soit terminée ?

L'intérêt de la femme avant tout, répondra-t-on. Mais l'intérêt de la femme elle-même veut qu'on n'attende pas. Il n'y a aucun inconvénient à activer la délivrance quand on le fait suivant les règles voulues. Il est mauvais au contraire après l'accouchement

de ne pas terminer la délivrance aussi vite qu'on le peut, de manière à pouvoir changer la femme, la mettre à sec et lui permettre de prendre du repos.

Aussi l'expectation simple est-elle généralement abandonnée et n'a que fort peu de chances de faire de nouveaux prosélytes.

Traction. — Le principe de cette méthode consiste à aider la sortie des annexes de l'œuf par des tractions exécutées sur le cordon.

Son origine est des plus anciennes, car Hippocrate en suspendant un poids au cordon n'agissait pas autrement que nous le faisons aujourd'hui par la traction.

Quand et comment convient-il de faire la traction ?

Quand ? Jamais pendant le premier temps de la délivrance, pendant le décollement ; tous les accoucheurs sont d'accord sur ce point. Mais le décollement est terminé, le placenta va franchir l'orifice utérin, une opinion veut qu'on tire à ce moment, une autre au contraire qu'on attende que le placenta soit tombé dans le vagin. *Tendre et attendre*, a dit le professeur Pajot représentant la première opinion. — Simplement *attendre*, lui répond le camp contraire.

Nous ne trancherons pas ici le différend. Toutefois, il est juste de reconnaître que la patience nuit bien rarement en pareil cas.

Comment tirer? En saisissant le cordon avec un linge sec et en cherchant à l'amener au dehors par une traction douce. Faut-il, au niveau de l'orifice utérin, faire une poulie de renvoi avec les doigts de l'autre main? — La précaution ne peut être utile que quand on tire pendant le second temps de la délivrance. Elle ne sera jamais nuisible et vaut par conséquent la peine d'être tentée.

Quand le placenta franchit l'orifice vulvaire, on le saisit à pleines mains, et on l'entraîne avec les membranes tout doucement au dehors.

Expression. — Remplacer la *vis a fronte* par la *vis a tergo*, a été l'idée mère de la méthode d'expression.

Au lieu de tirer, on a pensé qu'il était préférable de pousser.

A cette méthode est généralement attaché le nom de Crédé, qui n'en est pas cependant l'inventeur, mais bien le vulgarisateur. C'est en 1853 que l'auteur allemand a publié son premier mémoire sur cette question.

On ne touche plus au cordon: les *expressionistes* le défendent absolument. Mais après la sortie du fœtus, presque de suite après (Winckel), au bout d'un certain temps quand revient la contraction utérine (Breisky), on saisit l'utérus à pleines mains, et on le serre comme une éponge qu'on voudrait débarrasser du liquide qu'elle contient.

Grâce à cette expression, on aide la rétraction et la contraction utérines, on diminue la capacité de la matrice et l'on oblige le contenu à s'échapper au dehors.

Il suffit d'une pression sur l'hypogastre combinée à celles de l'utérus pour favoriser l'évacuation du délivre par le vagin.

Expressionistes et *tractionistes* forment deux camps nettement tranchés.

L'Allemagne est pour l'expression, la France, pour la traction; les pays de langue anglaise semblent hésitants.

Chacun soutient sa méthode préférée en alléguant et grossissant les défauts de l'adversaire.

L'expression est douloureuse, elle amène la rétention des membranes.

Les tractions produisent des hémorrhagies (quand on tire trop tôt), elles obligent à introduire les doigts dans le vagin, mauvaise pratique au point de vue de l'antisepsie. Le canal génital après le passage du fœtus est le siège d'éraillures en différents points, très propices à l'absorption de tout microbe porté à sa surface en ce moment.

Ces inconvénients sont réels, mais à la condition seule que les méthodes soient mal appliquées. Ils peuvent donc disparaître au gré de l'opérateur. Le plus sérieux est peut-être la douleur pour l'expression, mais il n'y a qu'à modérer l'énergie de la main pour l'atténuer, voire même la faire disparaître.

Si au lieu de s'arrêter aux défauts, on considère l'avantage de chaque méthode, à chacune d'elles s'attache, il nous semble, une idée maitresse : l'expression lutte contre l'inertie utérine, accident si redoutable et si fréquent de la délivrance. — Les tractions sur le cordon constituent le moyen le plus simple de hâter la sortie du délivre au dehors.

Or, pourquoi, au lieu d'opposer les deux méthodes et d'en faire deux ennemies, ne pas les associer, et par leur réunion former une *méthode mixte* qu'on pourrait formuler ainsi :

Ne faites rien pendant le premier temps de la délivrance, pendant le décollement. — Intervenez au besoin pendant le second temps en exprimant d'une main l'utérus, et en faisant de l'autre des tractions sur le cordon. — Pendant le troisième temps, continuez à tirer le cordon et à maintenir l'utérus de l'autre main.

Mais, objectera-t-on, cette méthode mixte est loin d'être nouvelle ; beaucoup d'auteurs anciens recommandent de comprimer l'utérus en faisant des tractions. Mauriceau, après avoir dit comment il faut tirer le cordon, ajoute (t. I, p. 250) : « On pourra au besoin... commander à une garde bien avisée de presser légèrement avec le plat de sa main le ventre de l'accouchée, la menant doucement en bas comme par manière de friction... » L'objection ne prouve rien contre les avantages de la méthode mixte, mais elle tendrait à démontrer que, pour la conduite à tenir pendant la délivrance comme en beaucoup d'autres questions, après de violentes et passionnées discussions, on en revient volontiers au point de départ.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

ESSAI DE PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES CHEZ LA FEMME

Par le Dr Robert Teutsch, de Cannes.

L'un des récents articles si éloquents et si pratiquement utiles de M. le Dr Berthod, qui a pour titre « *Les Anarchistes de là Vérole* », m'a fait penser à apporter ma modeste contribution à la solution d'un problème, selon moi, capital pour la race, celui de la prophylaxie des maladies vénériennes. Et j'y suis encouragé encore par ces lignes, qui sont également de notre confrère :

« Je ne suis point de ceux qui conseillent l'abstention ou le silence dédaigneux. Qui ne dit mot consent, dit-on. J'estime au contraire qu'il faut dire notre mot à propos de chaque question qui nous intéresse, afin d'éviter que, par la suite, nous nous trouvions surpris et peut-être molestés un jour.... » (*Journal de Médecine de Paris*, 20 octobre 1901.)

Le service militaire obligatoire, qui draine les campagnes vers les villes, la facilité et la fréquence extraordinaires avec lesquelles on voyage de nos jours, les agglomérations urbaines sans cesse accrues, et aussi, il faut bien le dire, la trépidation de ce siècle qui commence, la hâte universelle de vivre et de jouir de la vie, sont des occasions de plus en plus menaçantes de contagion vénérienne.

Quelles sont, favorisées par ces occasions, les causes directes de cette contagion ? Il en est pour moi trois principales :

1° *Le Caractère Honteux attaché de tous temps aux maladies vénériennes, l'hypocrisie traditionnelle qui interdit de parler de ces maladies, et par suite l'ignorance stupéfiante de l'existence des dites maladies, où se trouvent non seulement la plupart des gens du peuple mais même des personnes d'esprit cultivé.*

Il n'est pas rare de voir des gens, surtout des femmes, arriver à l'âge de 30 et 40 ans, et ignorer l'existence même de ces maladies, ou les confondre toutes en une seule sous le nom de « la Maladie vénérienne ». De même, j'ai entendu dire pour des affections pulmonaires diverses : « la Maladie de poitrine ». Que de fois, à des personnes, que leur situation sociale était en

droit de me faire croire plus instruites, n'ai-je pas été obligé d'expliquer ce qu'étaient les différentes affections vénériennes ! Que de fois ne m'a-t-on pas demandé le plus ingénûment du monde si la chaudepisse ne pouvait pas amener après elle des accidents syphilitiques, si la syphilis dans son cours ne comprenait pas fatalement un écoulement blennorrhagique, s'il était vrai qu'il existât deux espèces de chancres, l'un infectant et l'autre pas. D'autres malades s'imaginaient avoir contracté la chaudepisse avec une femme saine, parce qu'ils étaient pris de boisson. D'autres encore baptisaient leur chaudepisse échauffement et disaient avoir cette chaudepisse parce que leur femme ou leur maîtresse était lymphatique, avait des pertes blanches. A ces gens, je répète sur tous les tons que la syphilis vient de la syphilis (chancre induré ou plaques muqueuses), que le chancre mou vient du chancre mou, que la chaudepisse ne vient que de la chaudepisse.

Les deux premières affirmations sont banales. La dernière l'est infiniment moins qu'on ne le pense. Beaucoup de médecins, bien à tort, croient à une dualité de la chaudepisse : chaudepisse allumée par une vaginite ou une uréthrite, et chaudepisse prise après des libations trop abondantes au contact d'une personne saine, ou d'une femme en possession de fleurs blanches.

Or, je connais très bien des jeunes gens qui ont eu la curiosité d'essayer ponctuellement la fameuse recette de Ricord pour attraper la chaudepisse, mais sans le moindre résultat.

J'ai vu des hommes se plaindre d'avoir contracté la chaudepisse avec une femme saine qui avait ses règles. La possibilité de ce genre de contagion trouve crédit encore aujourd'hui non seulement parmi les profanes, mais parmi beaucoup de médecins. Je prie ces confrères de se rappeler qu'une femme peut être non seulement d'apparence, mais en réalité absolument inoffensive, pendant les périodes extra-menstruelles, et présenter un examen gynécologique négatif, mais que, si elle a eu la chaudepisse, souvent plusieurs années auparavant, des gonocoques non apparents et absolument torpides sont demeurés souvent dans ses glandes de Bartholin, pullulent à l'époque des règles, et rendent la femme septique pendant la durée de cette époque. Persuadons-nous donc et persuadons le public que la chaudepisse ne provient que d'un écoulement contenant des gonocoques et ces gonocoques, il faudra toujours les chercher et à plusieurs reprises chez la femme qui naturellement, en raison des glandes multiples de son appareil génital, de ses

sécrétions constantes et plus ou moins abondantes, offre la plupart du temps de grandes difficultés de diagnostic, si l'on ne pratique qu'un examen superficiel.

2° La *Prostitution*, dans toutes les classes de la société, et que je diviserai en : *prostitution clandestine*, la plus nombreuse, la plus dangereuse, qui, plus la prostituée a réussi à s'élever au-dessus du ruisseau, jouit de toutes les immunités et bien plus, de toutes les déférences des pouvoirs publics : cocottes des cafés de nuit, ouvrières aux gains insuffisants, petites bourgeoises qui, pendant que le mari gagne péniblement au magasin, au bureau, au ministère, l'argent strictement suffisant à l'entretien du ménage, récoltent, en des déshabillages hâtifs de maisons de passe, de quoi solder le chapeau à la mode et la toilette de la couturière ; actrices, grandes horizontales, femmes du monde, chez qui le train de maison engloutirait des fortunes, et qui, le plus habilement et le plus discrètement, devant le budget princier, mais sans cesse chancelant, n'hésitent pas, pour maintenir leur rang et soutenir leur orgueil, à se mettre en commandite. *Prostitution officiellement reconnue*, officiellement protégée, comprenant les petites cocottes, les pierreuses, toute la basse pègre de la prostitution, contre laquelle tout le monde s'indigne, et que durement tout le monde frappe. Cette dernière catégorie, ce sont les brebis galeuses, que notre société civilisée accuse de tous les méfaits : filles de maisons de tolérance, ou filles libres en carte, et qui passent, résignées en apparence, du lupanar ou de la rue au dispensaire, du dispensaire au panier à salade, et à l'internement de Saint-Lazare.

3° L'*Impunité du Vénérien*, de l'homme aussi bien que de la femme, qui, le plus tranquillement du monde, et sans que personne, sans qu'aucune loi ait jamais songé à l'atteindre, transmet, consciemment, et alors c'est un criminel, ou inconsciemment, et dans ce cas quoi d'étonnant, puisque son éducation vénérienne n'a jamais été faite, la syphilis qui détruit une santé humaine pour la vie, ou plusieurs santés si le syphilitique procrée ; la chaudepisse qui, même apparemment guérie demeure le plus souvent à l'état d'une petite goutte oubliée, le matin, gagne lentement de proche en proche, les organes intimes de la femme, et couche bientôt, par des affections gynécologiques inguérissables, des femmes primitivement saines et fraîches sur une table d'opération.

A ces trois maux quels remèdes proposerons-nous ?

Tout d'abord il est temps, grand temps, que les maladies vénériennes cessent d'être considérées comme chose honteuse. Un syphilitique, un blennorrhagique, sont des malades, de navrants malades, au même titre qu'un tuberculeux, qu'un paralytique, qu'un aliéné. Pourquoi ce mépris, cette étiquette honteuse attachés aux vénériens ?

Là, il nous faut remonter plus haut. On ne parle qu'à voix basse des maladies vénériennes, parce que même du coït, de l'accouplement simple et sain, on ne parle qu'à voix basse. Nous sommes encore, de ce côté, les fidèles inconscients courbés sous le préjugé d'une religion, admirable en d'autres points, mais ridicule en celui-ci, qui ne permet le coït qu'en mariage seulement ; à l'homme marié seul, le droit de promener fièrement le ventre en bosse de sa femme, vivante attestation de sa virilité ! Aux gens mariés seuls, le droit d'éprouver des incitations sexuelles. La religion n'a eu en vue dans le coït conjugal que la production d'enfants. Les enfants qu'il en vienne ou qu'il n'en vienne pas, justifient l'acte sexuel. Quant au célibataire, il ne compte pas. C'est par lui-même un être immoral, et le coït chez lui est immoral, si ce coït lui amène une maladie vénérienne, l'individu qui la contracte devient honteux et sa maladie honteuse.

Eh bien ! je le dis hautemement : ce sont là façons de penser d'un autre âge, et il appartient au XXe siècle d'oser regarder cette question en face. Beaucoup de gens mariés contractent des maladies vénériennes et les rapportent dans leur ménage, mais il est incontestable que ce sont les célibataires, les malheureux célibataires, que tout le monde envie, et dont personne encore n'a osé dire l'abandon, la détresse et le morne isolement, qui y sont les plus exposés.

La femme éprouve peut-être moins vivement que l'homme, et encore je n'en suis pas bien sûr, le besoin sexuel.

Mais chez l'homme, chez tout homme sain, ce besoin est là, impérieux et tenace. Dans notre société, où la lutte pour la vie devient de jour en jour plus difficile, l'homme ne peut guère songer à se marier avant de s'être fait une position c'est-à-dire 30 ans. Quelle est sa vie sexuelle depuis la fougue de ses premiers désirs jusqu'à l'époque de son mariage, de 18 à 30 ans, c'est-à-dire pendant une période de douze années environ ? Personne ne pense à cela, et personne n'a jamais voulu y penser. Le coït du célibataire est immoral, dit la société, qu'il se débrouille comme il pourra. Nous n'en avons cure !

Or, ce n'est pas cela qu'il faut faire. Le jeune homme a

des désirs sexuels, il les a violents. Notre devoir, au lieu de laisser aller, de laisser faire, est de l'instruire, est de lui montrer à quels pièges, à quels dangers il va exposer sa santé, puis plus tard peut-être celle de sa femme et de ses enfants, et nous devons lui crier au sortir du collège : « L'acte sexuel n'est pas toujours sain ; tu peux, en une seconde de plaisir, contracter une chaudepisse, qui, méconnue ou mal soignée, entamera ton urèthre, ta prostate, ta vessie, qui condamnera peut-être ta femme à de longs mois de chaise-longue, à une métrite, à une annexite qui nécessiteront une opération souvent mortelle, d'où elle sortira incomplète, détraquée à jamais. Tu peux, en une seconde, contracter la syphilis, qui chez les plus favorisés demande au moins quatre ans de soins constants, qui plus tard, six, huit, dix, onze ans même après l'accident initial, ainsi que je l'ai vu récemment, te donnera, alors que tu ne t'y attendras plus, une floraison de plaques muqueuses qui rendront tes baisers empoisonnés, la syphilis qui, comme une épée de Damoclès suspendue sur ta tête, te frappera peut-être à ton âge mûr sous forme d'ataxie locomotrice, de paralysie générale, de folie ; la syphilis qui, comme une malédiction à ton foyer, fera avorter les grossesses sucsssives de ta femme, et qui, si des enfants naissent, même apparemment bien portants, leur imprimera un jour ou l'autre le stigmate de la tare paternelle ».

Que ferons-nous donc pour éduquer la jeunesse ? Nous ferons des conférences, comme en en fait pour la tuberculose et l'alcoolisme, nous répandrons des brochures à foison, nous prendrons l'enfant à seize ans et nous lui dirons, quelques mois avant sa sortie de l'école : « L'amour, qui est la plus belle chose en ce monde, la seulè peut-être qui vaille la peine de vivre, l'amour comme tout ce qui est beau, a aussi ses tares : les voici, nous te les montrons, nous te les expliquons. Sache les regarder bien en face et les éviter. » Et l'enfant nous dira merci.

Ceci est urgent : et c'est praticable, très simple. Les maladies vénériennes trouveront place à côté de l'enseignement de l'hygiène dans nos écoles et dans nos lycées.

Avertir la jeune fille sera peut-être plus malaisé que d'avertir le jeune garçon, mais ce sera faisable aussi. Le mari sera le professeur. Pour la jeune fille qui ne se marie pas, ce sera la mère ou les conférences publiques.

Passons maintenant à la question de la Prostitution.

La Prostitution est vieille comme le monde. Des rêveurs et

des moralistes ont songé à la supprimer. C'est impossible. Ce que nous devons faire, ce que nous devons essayer de faire tout au moins, c'est de lui enlever le plus possible de sa nocuité, je ne dis pas la rendre morale, mais en faire un instrument utile et sain pour la régénération physique de l'humanité.

Frapper directement en bloc la prostitution clandestine n'est pas facile, elle est si vaste, elle a tant de rameaux que nous ne pourrions lui porter un coup décisif, mais nous frapperons la prostituée clandestine individuellement quand elle aura nui, de même que le vénérien nuisible, ainsi que je l'exposerai tout à l'heure.

Je m'occupe d'abord de la prostituée en carte, de la rare clandestine saisie par la police et mise en carte ensuite, et de la pensionnaire des maisons de tolérance.

La Prostitution réglementée jouit du discrédit public, et pourquoi ? Parce qu'elle est soumise au contrôle immédiat de la police. Tout ce que touche la police acquiert de suite pour le public un caractère infamant. Les filles soumises, habitant librement en garni, ne vont qu'en tremblant à la visite sanitaire, et quand elles se savent malades, tâchent par tous les moyens de se soustraire à l'examen médical du dispensaire, parce qu'au bout de cet examen, il y a Saint-Lazare avec toute l'horreur du régime de prison. Ces prisonnières, qui ont surtout besoin du médecin et de quelques paroles réconfortantes, sont traitées comme des criminelles, et prenant en horreur leur réclusion forcée, maudissent médecins et police, et deviennent, aussitôt relâchées, les « anarchistes de la vérole » transmettant sans vergogne leur maladie.

Les filles de maison, parquées au lupanar, maudissent l'exploitation féroce dont elles sont victimes de la part des tenanciers, et deviennent des révoltées aussi, craignant également les visites sanitaires et Saint-Lazare, et maquillant souvent alors avec infiniment d'adresse, pour déjouer le diagnostic médical, les blessures que leur a faites Vénus.

Peut-on, pour ces deux catégories de prostituées, supprimer toute surveillance policière et instituer la seule surveillance médicale ? Je ne le crois pas. La vie des femmes publiques, presque toutes pourvues d'un souteneur, c'est-à-dire un individu dangereux, leur raccrochage éhonté et souvent obsédant sur la voie publique, les scandales qu'elles ne sont que trop disposées à commettre quand elles ne se sentent pas surveillées, la vie des femmes de Maison, visitées par des

gens souvent ivres, bruyants, est trop intimement liée à une intervention fréquente et absolument indispensable de la police, pour que les pouvoirs publics puissent songer un seul instant à supprimer l'intervention de celle-ci dans la vie de ces femmes. De même, la prostituée clandestine, certaines loueuses de garnis, l'industrielle qui sous un pavillon quelconque se prostitue, prostitue d'autres femmes, sert des plats lubriques et raffinés aux chercheurs de sensations rares, toutes ces prostituées clandestines, dangereuses pour la santé publique et toujours à l'affût d'un chantage à faire, toutes ces catégories difficiles à prendre sur le fait, doivent, pour être rendues aussi inoffensives que possible, sentir sur elles, bien que lointain, l'œil aux aguets et, à la moindre des choses, la main lourde de la police.

Je laisse maintenant de côté la clandestine, et la fille libre en carte pour ne plus m'occuper que de la Maison de Tolérance et de sa pensionnaire.

Il faut supprimer les maisons de tolérance, disent les uns ; ces maisons sont immorales, sans sécurité réelle pour le client ; les femmes qui s'y trouvent sont des êtres dégradés, abrutis. Il est contraire à la dignité de la société, contraire à la dignité de la femme, de permettre l'existence de ces maisons.

Il faut maintenir les maisons de tolérance, disent les autres, parce qu'elles sont indispensables, et qu'à défaut d'une sécurité absolue, elles donnent au moins une sécurité sanitaire relative, plus grande que celle rencontrée chez l'inconnue prise par l'homme dans la rue.

Aux réglementaristes et aux anti-réglementaristes je répondrai :

Il faut maintenir les maisons de tolérance, mais il faut les modifier, les assainir complètement, et en encourager la multiplication.

A côté de l'amour, sentiment sublime et sacré, que ne sauraient même effleurer les boues de cette terre, et qui comprend deux choses, une affection idéale et une sensation charnelle, dont le réalisme est divinisé par l'affection idéale, il existe, pour une énorme partie de l'humanité, et même pour certains esprits cultivés qui momentanément sont repris par la matière, un besoin brutal et nu, grondant et formidable, qui rapproche l'homme de la bête, et qui n'est en somme qu'un besoin très physiologique, naturellement dû à la réplétion de nos vésicules séminales : j'ai nommé le besoin sexuel. A ce besoin

qui incite certains impulsifs aux viols et aux profanations, d'autres plus pondérés à la séduction et à l'engrossement de pauvres jeunes filles, à l'intrusion et au trouble dans les ménages, et chez certains à la masturbation et à la sodomie, il est une digue puissante offerte : c'est la maison de tolérance.

Mais, on ne va plus à la maison de tolérance, ces maisons ferment d'elles-mêmes ; elles disparaissent, me diront les antiréglementaristes. Il y a du vrai dans cette objection. On va peu, on va moins au lupanar. Pourquoi ?

L'une des raisons est que ces établissements, avec leur enseigne par trop indiscrète, leur apparence brutale et policière intimident beaucoup de gens, qui à six pas du seuil, hésitent, ont peur et s'en retournent.

Cette difficulté pourrait être aisément vaincue. Il existe à Paris quelques maisons parfaitement en règle avec l'administration, et dont le fonctionnement est aussi normal que celui des maisons similaires, tout en ne portant aucun signe extérieur particulier. Le voyageur, le passant, trouveraient auprès du sergent de ville, du garçon de café, du commissionnaire, le renseignement utile et précis.

Une autre raison est le langage ordurier et écœurant de la plupart des filles de maison, et le temps trop court donné à chaque client pour sacrifier à la Déesse.

Je répondrai que dans quelques lupanars les filles sont polies et de tenue très convenable. Il n'y a pas de raison pour que cela ne devienne pas une règle partout. Ce sont là détails d'intérieur à régler entre l'administration préfectorale à Paris, municipale en province,et les tenanciers ; de même l'Administration pourrait décider pour les filles un modus vivendi plus conforme à leur intérêt, à leur santé, à leur personnalité humaine, et empêcher l'exploitation et les injustices des patrons.

Quant au temps accordé généralement au client, il est infiniment trop court pour ramener le calme dans un organisme sous haute pression. Il faudrait lui laisser une demi-heure ou une heure de plus.

De cette façon, l'homme pressé, le passant, le voyageur, le travailleur, celui que les exigences de la vie empêchent de penser à une liaison calme et reposante, sera, la nature suffisamment satisfaite, délivré pendant quelque temps de l'obsession sexuelle.

La troisième raison, la plus grave, la plus poignante à coup

sûr, est que réellement, comme le prétendent les antiréglementaristes, le lupanar n'est pas sain. Le vénérien s'y promène impunément, non seulement le vénérien stupide, mais aussi le vénérien cultivé, l'industriel, l'avocat, et hélas ! jusqu'au médecin (j'en connais trois, qui m'ont stupéfié de leur tranquille cynisme), impunément y apporte toutes les maladies vénériennes que les femmes de l'établissement repassent à tout le monde.

On a, ces dernières années, augmenté le nombre des visites médicales, il est des tenancières qui paient de leur poche un médecin supplémentaire et font visiter leurs filles tous les jours. Au moindre indice de maladie, les filles sont retirées de la maison. Tout cela est insuffisant et illusoire. La vérole, la chaudepisse, pénètrent dans la maison de tolérance, et demeurent méconnues assez longtemps pour empoisonner nombre de clients. Toutes les solutions cherchées et essayées pour empêcher la propagation des maladies vénériennes par le lupanar sont vaines. Il n'y en a qu'une, c'est d'empêcher le contage d'entrer dans la Tolérance, c'est d'exiger la visite préalable de tous les hommes, non pas visite insignifiante par la matrone comme cela se pratique dans quelques rares maisons très bien tenues de Paris et de Vienne, mais visite par un médecin qui serait à demeure dans la maison pendant 10 heures, et de renvoyer impitoyablement non seulement tout individu dûment malade, mais tout homme simplement suspect.

En plus de cette visite, visite quotidienne des femmes, et contrevisite hebdomadaire par un médecin inspecteur.

On m'objectera peut être qu'il est contraire à la dignité de l'homme de subir à l'entrée du lupanar cette sorte de conseil de réforme. A cela je répondrai qu'en entrant dans une maison de tolérance on laisse momentanément sa dignité à la porte. Beaucoup d'hommes, et des plus sensés, se chargeront de faire eux-mêmes la réponse, à savoir que la dignité n'a absolument rien à faire avec un passage au lupanar.

Au contraire, si une pareille mesure était pour déplaire à l'abondante clientèle des vénériens anonymes et impunis, tous les hommes sains, apprenant que cette mesure sanitaire est prise pour leur plus grand bien, tous les hésitants qui dou taient primitivement de la salubrité du lupanar, y afflueraient en nombre.

On m'objectera encore qu'il est impossible à un médecin, qu'il est incompatible avec sa dignité professionnelle de s'ins-

taller pendant plusieurs heures à une consultation de lupanar. Là, je répondrai que les médecins de nos hôpitaux spéciaux et de nos dispensaires ne se croient nullement déshonorés du fait d'exercer leur art spécialement sur des vénériens. Du reste, tout serait fait pour ménager la susceptibilité du médecin consultant de tolérance. On ne le verrait ni entrer dans la maison, ni en sortir ; on lui réserverait son passage par une issue particulière, on isolerait son cabinet de façon suffisante pour le mettre entièrement à l'abri du va-et-vient et du train spécial de l'établissement.

De cette façon, je crois que nous aurons fait un pas énorme vers la prophylaxie, vers la santé idéale du lupanar et de ses clients.

Mais à ce système, satisfaisant en apparence, il reste une fissure. Les filles de maison, pendant leur jour de sortie mensuel ou bi-mensuel, pourront fort bien se faire contagionner par l'ami qu'elles ont toutes.

A ceci, on pourrait remédier de deux façons :

La première, c'est qu'en étant reçue au lupanar, la fille fût obligée de déclarer son ami extérieur, et qu'au jour de sortie, cet individu fût soumis lui-même à une visite réglementaire. Ce système, à mon avis, offrirait beaucoup d'inconvénients, et ne serait pas sûr.

Il est un deuxième remède bien plus efficace, quoique sévère. C'est que la fille reçue en maison manifestât l'intention de ne pas sortir seule pendant au moins trois mois.

Il est évident qu'au premier mécontentement, à la première velléité de liberté, les portes de l'établissement s'ouvriraient toutes grandes pour elle, mais en revanche, on pourrait décider que toute fille entrée de son plein gré au lupanar, et en étant sortie sans raisons sérieuses, ne serait plus admise dans aucune maison similaire pendant une période de six mois, à titre de punition, et ne pourrait du reste, même après ce laps de temps, être réadmise qu'après avoir subi un stage d'observation sanitaire de quinze jours ou trois semaines dans un hôpital.

Pour cette réclusion volontaire de trois mois au moins dans le lupanar, on octroyerait aux filles de larges compensations ; on s'occuperait de leur donner autant d'hygiène que possible, des chambres propres, confortables et aérées ; une sous-maîtresse les ferait sortir deux fois par semaine, par groupes de trois ou quatre. On leur donnerait des livres, on tâcherait de les instruire un peu, de les intéresser à quelque chose ; l'une

des salles de l'établissement serait transformée l'après-midi en une espèce d'ouvroir où ces pauvres filles pourraient, les unes lire de bons livres, d'autres faire de la musique, dessiner, peindre, d'autres encore se livrer à des travaux de couture dont naturellement le bénéfice leur serait entièrement acquis. On leur apprendrait la politesse, le bien parler ; on les protègerait efficacement contre la cupidité et les exigences des tenanciers, et, en plus du vénérien qui les empoisonne, on leur éviterait le contact du client ivre et grossier, qui serait banni également. On leur expliquerait sans se lasser, on leur montrerait ce que sont les maladies vénériennes, on leur en inspirerait la salutaire terreur, on leur ferait comprendre qu'en les engageant à ne pas sortir seules de la maison pendant un temps réellement long, on protège non seulement la santé du client, mais leur santé à elles ; et il est possible qu'au bout de peu de mois, cette instruction et cette conviction aient fait tellement de chemin et aient acquis tellement de solidité dans l'esprit de ces filles, qu'on pourra augmenter progressivement le nombre de leurs jours de sortie libre, avec la certitude qu'elles seront prudentes et ne compromettront pas leur santé et par conséquent l'asepsie vénérienne de leur maison.

Il me reste à parler de l'impunité scandaleuse dont jouissent les vénériens.

Nous avons vu plus haut comment nous pourrons empêcher l'homme vénérien d'infecter le lupanar. Songeons maintenant à le frapper au dehors quand il aura nui, lui et la vénérienne clandestine, prostituée habituelle ou occasionnelle.

La loi, qui punit correctionnellement les attentats à la propriété, les coups et blessures portés aux personnes, même lorsque ces coups et blessures n'entraîneraient qu'un incapacité de travail ou une infirmité temporaires, a laissé impunis jusqu'à présent les coups et blessures si graves portés à la santé de l'individu par les maladies vénériennes, par le contage d'autrui. On transmet la tuberculose, on transmet les fièvres éruptives sans le savoir la plupart du temps, et toujours sans le vouloir.

Pour les maladies vénériennes, il n'en est pas ainsi ; le vénérien, homme ou femme, qui contagionne, donne sa maladie, en faisant acte de volonté et de personnalité. Ce vénérien, il faut le frapper, le frapper durement, et d'une réparation pécuniaire, et d'un emprisonnement. Pour une action civile en dommages-intérêts, ce simple principe de Droit suffirait : « Quiconque cause un préjudice à autrui est tenu de le réparer dans la me-

sure de ses moyens ». Il faudrait seulement qu'une telle demande en dommages et intérêts fût portée devant le tribunal et que la jurisprudence créât un précédent.

Quant à l'action publique, indispensable, une loi sera nécessaire, qualifiant la transmission vénérienne de délit, et l'assimilant au délit de coups et blessures.

Je le répète, il y a lieu, dans cette grave question de la contagion vénérienne, à une double sanction, civile et publique.

Débourser quelques centaines ou quelques milliers de francs, être puni d'une peine de six, quinze, ou vingt mois de prison, donnerait à réfléchir au vénérien folichon et à l'anarchiste des maladies vénériennes. Les poursuites se feraient par plaintes aux commissariats de police. On mettrait en présence demandeur et défendeur, l'examen médical serait pratiqué, le tout très discrètement, le jugement et la condamnation prononcée en chambre correctionnelle et à huis clos. Contre les plaintes injustifiées, le défendeur aurait contre le demandeur le recours d'une action en diffamation. Pour les affaires de ce genre, on devra, et on le pourra, agir le plus discrètement du monde, avec une procédure rapide et simplifiée.

Quant aux plaintes contre les vénériennes clandestines, si elles sont connues de la police, ou s'il est avéré qu'elles s'adonnent habituellement à la prostitution, ces plaintes pourront être anonymes, et les poursuites se feront administrativement et d'office.

Ces mesures coercitives contre les vénériens ne pourront pas, je le sais, être prises du jour au lendemain. Il faudra des mois, deux ou trois ans peut-être, pendant lesquels on fera préalablement l'éducation du public sur les maladies vénériennes, comme on l'a faite pour la fièvre typhoïde, la variole, les autres maladies contagieuses, et comme on l'a fait en ce moment même, pour la tuberculose et l'alcoolisme.

Je me résume :

Pour diminuer dans une énorme proportion les maladies vénériennes, pour arriver peu à peu à les faire disparaître il faut :

1° Oter aux maladies vénériennes leur stigmate d'affections honteuses, instruire le public, instruire l'enfant à sa sortie de l'école sur les dangers vénériens qu'il court, dangers qui pourront retentir durement sur sa vie ; plus tard, quand il sera marié sur la vie de son conjoint, de ses enfants, de ses petits-enfants et de la race.

2° Maintenir et assainir les maisons de tolérance, en encou-

rager la multiplication, leur imposer une permanence médicale avec refus d'entrée rigoureux à tout client non seulement vénérien avéré, mais simplement suspect.

3° Punir de dommages-intérêts et de prison les vénériens hommes et femmes qui auront transmis leur maladie à autrui. Augmenter la peine lorsqu'il y aura cette circonstance aggravante que la maladie a été transmise sciemment et délibérément.

PÉDIATRIE

—

LES CONVULSIONS DE L'ENFANCE

Par M. le Professeur E. Ausset (1).

Les convulsions sont des accidents très fréquents chez les enfants. Symptomatiques, c'est-à-dire liés à une lésion des centres nerveux, leur traitement est de second rang. Nous ne nous occuperons que des convulsions dites idiopathiques.

Informations cliniques. — 1° Un nourrissson, atteint de troubles gastro-intestinaux, pousse tout à coup, sans prodromes, un grand cri ; son regard fixe exprime la terreur ; il perd vite connaissance. Le visage est très rouge, puis très rapidement violacé, cyanosé, asphyxique ; la bouche est écumante ; les globes oculaires, animés de mouvements saccadés, désordonnés et rapides, se convulsent dans tous les sens, le plus habituellement en haut, de façon à ne laisser paraître que la sclérotique ; la face est grimaçante, les commissures labiales sont tirées de côté et d'autre ; la respiration semble arrêtée, le tronc est raidi, la poitrine immobile. Bientôt apparaissent des secousses des membres, des mouvements désordonnés de flexion et d'extension qui se succèdent avec une grande rapidité : la tête est le plus habituellement rejetée en arrière ou se meut latéralement ou en rotation. Tous ces phénomènes ne durent pas une minute. L'enfant tombe ensuite dans un sommeil invincible voisin de la stupeur. C'est là un cas classique d'une *grande crise d'éclampsie infantile.*

2° Chez un autre enfant, les mouvements se limitent à une région très restreinte, la face, ou les deux membres supérieurs, ou un seul côté du corps, ou même un seul groupe musculaire et sans cri initial.

3° Enfin la crise convulsive peut n'intéresser que les muscles respiratoires et les muscles du larynx ; c'est la convulsion *interne.*

(1) *Echo médical du Nord.*

L'enfant devient tout à coup très pâle, rejette la tête en arrière, convulse ses globes oculaires, la face est violacée, la respiration est arrêtée, puis, au bout de quelques secondes, un sifflement inspiratoire se fait entendre et tout rentre dans l'ordre.

Indications pathogéniques. — La convulsion ne survient que chez un organisme préparé, n'éclate que pour une cause donnée. La cause occasionnelle peut être une impression nerveuse périphérique, cutanée ou muqueuse (vésicatoires, sinapismes, épingles enfoncées dans les chairs, langes trop serrés, furoncles, abcès, dentition douloureuse et pénible, vers intestinaux, corps étrangers de l'oreille et du nez, application défectueuse d'un bandage herniaire, etc.) ; mais les infections gastro-intestinales sont la cause profonde, le facteur le plus habituel de ces accidents : d'où la fréquence des convulsions chez les rachitiques, chez les enfants dyspeptiques soumis à une intoxication digestive permanente.

Un peu plus complexes, mais réductibles à ces deux ordres primordiaux de causes, sont : la constipation, les indigestions, l'alcoolisme de la nourrice, l'hyperthermie, les fièvres éruptives, la pneumonie, l'érysipèle, etc., qui débutent souvent par des convulsions. Il s'agit dans ces derniers cas d'une action toxi-infectieuse sur les centres nerveux des poisons microbiens ou autres et les microbes eux-mêmes.

Tout ce qui combattra la dyspepsie, c'est-à-dire l'hygiène de l'alimentation en résumé, diminuera la prédisposition aux convulsions ; écarter avec sollicitude les causes occasionnelles, les découvrir lorsqu'elles agissent et y porter prompt remède constituera le traitement vrai. Les accidents immédiats auxquels est exposé l'enfant durant la crise sont le guide des moyens employés pour la combattre.

TRAITEMENT. — A. *Traitement de la crise.* — a) *Lors d'une crise unique.* — Avant toute chose, débarrasser complètement l'enfant de ses vêtements, l'étendre sur un lit, la tête relevée ; veiller à ce que la température de la chambre ne soit pas trop chaude ; il est préférable qu'elle soit un peu fraîche ; si la saison le permet, entr'ouvrir une fenêtre. Exiger le *calme* et le *silence*, éloigner toutes les personnes inutiles de l'entourage. Ne jamais approcher la lumière des yeux du malade : à elle seule, elle peut ramener la crise.

b) *Lorsque les crises se répètent*, faire préparer un *bain* à 35°, y plonger l'enfant en ayant bien soin de lui entourer la tête de compresses froides. Refroidir rapidement le bain jusqu'à 30°. On laissera le malade quinze minutes dans ce bain.

Pendant qu'on aura fait préparer le bain, on mettra cinq à six gouttes de *chloroforme* sur le coin d'un mouchoir, et on les fera inhaler, en prenant la précaution de bien espacer les inhalations pour laisser beaucoup d'air pur à l'enfant.

Au sortir du bain, administrer le *lavement anti-spasmodique* suivant :

Assa fœtida..........................	1 gramme.
Jaune d'œuf..........................	N° 1
Lait..................................	100 grammes

Pour éviter la morsure de la langue, on interposera un bouchon de liège entre les mâchoires.

Ce qu'il ne faut pas faire : 1° Ne jamais pratiquer de saignée générale ; tout au plus pourra-t-on exceptionnellement mettre une sangsue derrière chaque apophyse mastoïde dans le cas d'éclampsie urémique, et si l'enfant est un peu âgé et très vigoureux.

2° Ne jamais employer de révulsifs cutanés, tels que le vésicatoire, les sinapismes. Ils irritent le système nerveux periphérique et peuvent ramener les crises convulsives.

B. Traitement d'après la cause. — Dès qu'on s'est fait une opinion sur les causes des convulsions, le traitement de la crise doit faire place à une thérapeutique s'inspirant mieux de la pathogénie.

a) Lors de *convulsions dues à des troubles gastro-intestinaux*, on doit être très parcimonieux des vomitifs, très déprimants chez ces enfants. Ils devront être réservés pour les cas d'indigestion ; dans ce dernier cas, on administrera de la poudre d'*ipéca*, diluée dans de l'eau ; on écartera les mâchoires et on ira titiller la luette pour faciliter encore le vomissement.

En même temps, on donnera un *lavement purgatif*. Plus tard, on donnera le *calomel*, 0 gr. 10 à 0 gr. 20, mais il ne faudra jamais les donner en premier lieu, car son action est trop lente, et il est urgent d'agir vite.

Il est bien entendu qu'on mettra l'enfant à la *diète hydrique* pendant au moins vingt-quatre heures, et que les jours suivants on ne se résoudra à reprendre l'alimentation que très doucement et avec les plus grandes précautions. Il faut tout particulièrement veiller à la constipation, et si c'est elle qui est particulièrement la coupable, on ne laissera jamais passer une journée sans obtenir de l'enfant naturellement ou artificiellement, une selle copieuse.

b) Dans les *convulsions par hyperthermie ou du début des maladies aiguës*, la *balnéation* rend les plus grands services. Il faudra surtout ne pas faire de médication intempestive, les convulsions dans ces cas étant le plus souvent passagères. On se contentera de quelques inhalations au chloroforme et des bains tièdes à 28°-30°. Comme il faut éviter toute cause d'excitation brusque du système nerveux, on mettra d'abord l'enfant dans un bain à 35°-37°, que l'on refroidira progressivement et rapidement jusqu'à 28°. On le laissera un quart d'heure dans l'eau à cette température. C'est le traitement de la crise unique ou isolée : il sera rare en effet qu'une fois l'éruption survenue, dans la rougeole, par exemple, les convulsions se reproduisent fréquentes.

c) Quant aux *convulsions vermineuses*, outre qu'on ne devra accepter ce diagnostic qu'avec preuves certaines, — les vers intestinaux sont, en effet, souvent accusés à tort, — on se souviendra qu'on observe dans ces cas de véritables convulsions à répétition. Il faudra, alors, administrer le vermifuge approprié.

a) Au cas d'*ascarides lombricoïdes*, facilement constatés, donner *semen-contra*, un gramme, dans un peu de miel, le matin à jeun ; le lendemain matin, administrer le paquet suivant :

Calomel....................	ââ 0 gr. 10 à 0 gr. 30
Scamonnée..................	

suivant l'âge.

b) Au cas d'*oxyures vermiculaires*, bien et dûment contrôlés, pendant une huitaine de jours, le matin, donner un lavement avec une infusion de *fenouil et d'anis*, dans laquelle on aura ajouté deux cuillerées à soupe de glycérine ; le soir, au coucher, introduire dans le rectum le suppositoire suivant :

Calomel..............................	0 gr. 15
Beurre de cacao......................	q. s

Dans la journée, on introduira, dans l'anus, gros comme un pois d'*onguent napolitain*.

c) Au cas de *tœnia*, donner le matin à jeun, en deux prises, à un quart d'heure d'intervalle :

Extrait de fougère mâle..............	3 grammes.
Sirop de menthe......................	30 grammes.

et une heure après la dernière prise :

Huile de ricin........................ 20 grammes.

C. Traitement prophylactique.— Comme l'éclampsie infantile atteint surtout les sujets nerveux, on devra, chez les enfants ainsi prédisposés et tarés, surveiller attentivement l'éducation : proscrire les causes d'excitation psychique et physique : interdire le travail intellectuel précoce, ne pas laisser tomber les parents dans le grave travers de vouloir avoir des enfants prématurément brillants. Eviter les jeux prolongés dans les réunions nombreuses d'enfants. Ne pas exciter leur sensibilité par des histoires de revenants ou autres, inventées pour les intéresser ou leur faire peur.

On proscrira les *toniques* : le sirop d'iodure de fer ou le sirop de raifort iodé. Tous les matins, on imposera le *tub tiède*, et même froid, si l'enfant peut s'y accoutumer.

Le régime alimentaire sera l'objet d'une minutieuse surveillance repas bien réglés, bien composés suivant l'âge. Proscrire le vin et la bière, l'eau pure sera la seule boisson ou, encore le lait coupé.

Chez les sujets particulièrement prédisposés, et chez lesquels il y aura tout lieu de redouter des crises convulsives, on donnera les antispasmodiques au début de toute maladie aiguë fébrile.

OBSERVATIONS OBSTÉTRICALES

Douze grossesses chez une cardiaque. — M. Fieux rapporte l'observation d'une femme de 38 ans ; dans ses antécédents héréditaires, rien à signaler. Réglée à 14 ans, elle présente à cette époque de la dyspnée et des palpitations de cœur qui nécessitent un séjour de 3 mois à l'hôpital Saint-André. Elle sort guérie, mais ses règles sont très irrégulières et manquent parfois 2 et 3 mois de suite. Mariée à 19 ans, la première grossesse normale a lieu un an plus tard. A 22 ans, deuxième accouchement à terme ; la troisième et la quatrième grossesse se terminent par des avortements à 3 mois ; la cinquième est normale ; les sixième, septième et huitième grossesses se terminent à 3 mois 1/2 ; les neuvième, dixième, onzième survenues, il y a 7, 5 et 2 ans, arrivent à terme, l'enfant vivant.

Quatre mois avant son entrée dans le service, elle avait commencé à ressentir les mouvements de son douzième enfant. A partir de ce moment elle présente un peu d'essoufflement et de dyspnée comme lors de l'établissement de ses règles. Elle est vue par une sage-femme, puis par son médecin qui lui ordonne le régime lacté ; mais comme les symptômes dyspnéiques augmentent très rapidement elle se décide à entrer à l'hôpital. Son état est des plus alarmants, la dyspnée est extrême, le visage angoissé et cyanosé, couvert de sueur ; le cœur bat d'une façon désordonnée, le pouls est incomptable. Etant donné l'œdème, il est impossible de palper l'utérus et le fœtus ; à peine peut-on percevoir les bruits du cœur fœtal qui bat 90 à la minute. L'urine est excessivement chargée en albumine.

Le col est entier, déhiscent ; à travers on perçoit les membranes intactes tendues et au-dessus de la tête fœtale.

Pendant que M. Andérodias se préparait à pratiquer la saignée qui s'annonçait difficile, l'état général s'aggrava à tel point qu'il fallait intervenir tout de suite. Que faire ? L'opération césarienne était trop longue à exécuter ; il fut nécessaire de recourir aux opérations par les voies basses. Mais le col n'était pas complètement dilaté. Je fis alors la dilatation manuelle, puis j'introduisis le forceps et je fis une prise correcte de la tête au-dessus du détroit supérieur, non point pour extraire immédiatement le fœtus, mais pour abaisser la tête et le col ; je pratiquai alors deux grandes incisions de 4 centimètres de chaque côté du col et l'enfant put être extrait. Il pesait 1670 grammes et était en état d'asphyxie blanche.

La délivrance artificielle pratiquée fut suivie d'un tamponnement lâche de la cavité vaginale. Aussitôt après, la femme éprouva un soulagement considérable ; à peine au bout de 48 heures, eut-elle une légère reprise de son asystolie mais qui cessa aussitôt.

Je rapporte cette observation, parce que :

1° Cette femme, depuis l'âge de 14 ans, avait une maladie de cœur avérée; elle fait 11 grossesses dont 6 à terme et sa maladie ne s'aggrave pas, elle nourrit ses enfants au sein de 12 à 14 mois et ce n'est qu'à la douzième grossesse qu'elle présente les accidents que je viens de signaler ; elle contredit donc Peter ; Femmes cardiaques, pas de grossesse ; mères, pas d'allaitement ;

2° A cause du procédé employé et de la technique suivie dans l'accouchement. (*Société de médecine de Bordeaux*, 29 octobre 1901.)

NOTES PRATIQUES

L'épistaxis chez le nouveau-né. L. d'Astros (de Marseille). — L'épistaxis, manifestation banale dans la seconde enfance, est relativement rare chez le nouveau-né, au-dessous de 6 mois ; mais elle constitue chez lui un symptôme d'une signification très importante. Elle est très rarement abondante, ordinairement minime, constituée parfois seulement par l'écoulement de quelques gouttes de sang.

Les conditions dans lesquelles elle se produit sont de trois ordres :

1° Elle peut être secondaire à une infection nasale, à un coryza ; c'est

surtout au cours des coryzas syphilitiques qu'elle apparait.

2° Elle peut être secondaire à un état général grave, infectieux ou toxi-infectieux, sans localisation nasale préalable. L'hérédo-syphilis peut déterminer des épistaxis en dehors des cas de coryza. Il en est de même de certaines infections septiques. Elle est souvent alors associée à d'autres hémorrhagies, du côté de la peau, de l'intestin, etc.

3° Dans quelques faits, l'épistaxis apparait comme une manifestation primitive et isolée chez un nouveau-né jusque-là en apparence bien portant. Ce sont les cas les plus intéressants en clinique. Tout d'abord l'épistaxis peut être la première manifestation extérieure d'une hérédo-syphilis. En dehors de la syphilis, l'épistaxis se montre parfois comme le premier symptôme d'une infection qui parait se faire par les cavités nasales, peut rester cantonnée quelque temps dans les premières voies respiratoires et gagne souvent par la trompe d'Eustache l'oreille moyenne. La propagation aux voies respiratoires inférieures est fréquente et l'on voit se développer des infections bronchiques et des broncho-pneumonies. Enfin la généralisation peut se faire sous forme de septicémie à tout l'organisme avec ses conséquences possibles (ostéomyélites, convulsions, etc.)

Il convient donc d'attribuer une grande valeur séméiologique à l'épistaxis chez le nouveau-né : une grande valeur diagnostique d'abord, puisqu'elle est toujours sous la dépendance d'un état infectieux : hérédo-syphilis ou infection septique en activité ou en puissance. Elle comporte, d'autre part, toujours un pronostic grave, non point par elle-même puisqu'elle est habituellement peu abondante, mais en raison de l'état infectieux dont elle est la manifestation.

Nouveau traitement de l'anthrax (A. Sacchetti.) — Il est purement chirurgical. Voici comment il est décrit par son auteur.

Après avoir anesthésié, on pratique sur les parties atteintes une incision cruciforme en ayant soin d'arriver, tant en profondeur qu'en longueur, jusqu'aux tissus sains. Puis on insinue la lame d'un fort bistouri à la base de l'un des quatre triangles délimités par les deux branches de la croix et on dissèque par transfixion tout le lambeau triangulaire en allant de la périphérie vers le centre et en maintenant toujours le bistouri profondément dans les tissus. La dissection une fois terminée, on renverse le lambeau et on procède de la même manière pour le triangle voisin. Finalement, les quatre lambeaux ayant été ainsi traités, le champ opératoire rappelle par son aspect une enveloppe de lettre dont on aurait décollé et soulevé les quatre coins. Cette dissection donne lieu à une abondante hémorrhagie en nappe dont on se rend du reste, facilement maître en comprimant la plaie au moyen de gaze imbibée d'eau stérilisée très chaude. Après avoir assuré l'hémostase, on dispose sur toute l'étendue de la plaie une série de tampons cylindriques d'ouate imprégnés d'une solution de perchlorure de fer, sur lesquels on rabat les lambeaux dont chacun doit être séparé par une couche de coton d'avec ses voisins et d'avec le fond de la plaie. Un pansement compressif à la gaze aseptique vient compléter la petite opération.

Sous l'influence de ce traitement, la température s'abaisse rapidement en même temps que les douleurs disparaissent et que l'état général subit une amélioration considérable. Au bout d'une dizaine de jours, l'eschare se laisse détacher d'une seule pièce, mettant à nu une surface bourgeonnante, complètement détergée. On rabat alors les lambeaux sur la plaie en les fixant au moyen de deux bandelettes de sparadrap et d'un pansement approprié. L'adhésion ne tarde pas à s'établir et on obtient ainsi une cicatrice très régulière et peu marquée, tandis qu'après une ou plusieurs incisions simples, il n'est pas rare de voir l'élimination de l'eschare laisser une perte de substance à bords amincis, irréguliers et décollés, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation.

La cure radicale des hernies crurales. — M. Vallas croit que le principe vrai sur lequel doit reposer la cure radicale des hernies est non pas d'obturer les orifices, mais de fermer le chemin par où passe la hernie. Dans ce but, il fait une incision *inguinale* de 5 à 6 centimètres et, réclinant sur le péritoine, arrive sur le collet, l'isole et le soulève sur le doigt. Si le sac renferme de l'intestin il le réduit, pédiculise le haut du collet et le lie. On peut en cédant ainsi lier *aussi haut qu'on veut.* Si le sac renferme de l'épiploon adhérent, on l'ouvre par son collet, l'épiploon est pédiculisé dans le ven-

tre et lié à ce niveau. La partie du sac sous-jacent à la ligature est extirpée, et il n'y a plus qu'à reconstituer la paroi. La ligature très élevée du sac est donc la condition du succès. M. Vallas, sur six cas opérés par lui, en a retrouvé quatre sans bandage et sans récidive, un avec récidive qu'on peut attribuer a ce qu'il s'est produit un abcès. (*Société de chirurgie de Lyon*, 1901).

Galactogène du sein. — Pour rappeler ou activer la sécrétion du lait chez la femme, au moyen de l'électrisation du mamelon, on procède de la façon suivante :

La femme est placée sur le tabouret isolant et reliée à l'un des pôles de la machine à électricité statique.

L'opérateur commence par éprouver la susceptibilité de la personne au moyen du souffle, puis, rapprochant l'excitation, il obtient l'aigrette dont il gradue l'intensité selon la sensibilité plus ou moins grande de la région aréolaire du sein. Si cette manœuvre est bien supportée, il en arrive à la production d'étincelles entre le mamelon et l'excitateur, ainsi qu'au niveau du creux sus et sous-claviculaire pour agir sur la branche mammaire du plexus brachial. L'excitateur pourra porter aussi sur les troisième et quatrième nerfs dorsaux.

Les séances d'une durée moyenne de 12 minutes sont répétées toutes les 24 heures.

M. Bédart de Lille a obtenu 11 succès sur 13 cas et cela, après 4 séances d'électrisation seulement. Plusieurs fois il a suffi d'électriser l'un des seins pour voir celui du côté opposé, se remettre à sécréter abondamment sous l'influence de la prorogation du réflexe sécrétoire du côté traité, au côté non électrisé. (*Le médecin*.)

FORMULAIRE

Traitement des mictions nocturnes douloureuses.

(GUIARD.)

1° Avant le coucher, deux cuillers à soupe de Bromure de potassium.

Ou bien faire usage en se couchant de l'un des suppositoires :

Extrait de jusquiame......	0 gr. 05
Extrait de belladone.... .	0 gr. 02
Extrait de valériane.......	0 gr. 20
Beurre de cacao......	2 gr. 50

Pour un suppositoire, F. S. A. n° 10.

Ou encore, ce qui est beaucoup plus actif, prendre et garder indéfiniment un très petit lavement composé de :

Eau filtrée ou bouillie chaude, une cuillerée à soupe, dans laquelle on délayera d'abord un des paquets :

Antipyrine................. 1 gr. 50
pour un paquet. En faire 10 semblables.

puis : VI à VIII gouttes de
Laudanum................. 25 gr.

Pour prendre ce petit lavement sans ne rien perdre, se servir : d'une sonde en gomme, droite, n° 14, à un seul œil et d'une petite seringue en verre de 20 grammes dont la canule puisse s'adapter exactement au pavillon de la sonde.

Après avoir aspiré la solution médicamenteuse ainsi qu'un peu d'air, introduire la sonde préalablement graissée de vaseline dans le rectum, à une profondeur de 8 à 10 centimètres, puis ramener le pavillon en avant, entre les cuisses : y fixer la canule de la seringue en la dirigeant verticalement en bas, appuyer sur le piston et enfin retirer la sonde sans la séparer de la seringue. Par ce procédé on est sûr que la quantité exacte du liquide est introduite.

2° Prendre avant chacun des deux repas, dans un peu d'eau :

V gouttes de :
Teinture de noix vomique. 25 gr.

Ou bien à chacun des mêmes repas, deux des pilules :

Strychnine............	0,05 centigr.
Pepsine..............	5 gr.
Poudre de cannelle....	q. s.

F. S. A n° 60, pilules.

Eviter la morphine. Pas de cathétérisme pendant la période douloureuse.

Traitement du psoriasis.

(BALZER).

Après avoir traité la période active du psoriasis par les méthodes classiques (huile de cade, acide chrysophanique), j'ai employé à la période où l'affection, presque guérie, reste

néanmoins stationnaire, la balnéation cadique d'après la formule suivante : Un jaune d'œuf est délayé au mortier ; on ajoute lentement de l'huile de cade, de l'extrait de quillaya, de l'eau distillée ; on verse le mélange dans un demi-verre d'eau puis le tout dans un bain. M. Schimpf et moi proposons la formule :

Huile de cade..............	50 gr.
Extrait de quillaya.........	Q. S.
Jaune d'œuf.	
Eau distillée................	250 gr.

Les résultats ont été excellents.

Le thyocol contre la diarrhée infantile.

(SCHNIRER.)

L'auteur emploie chez les enfants la solution suivante :

Thiocol..............	0.50 centigr.
Eau distillée.........	10 gr.
Sirop d'écorce d'orange..............	50 gr.

S. une cuillerée à café toutes les deux heures.

Lotion contre la syphilis.

Trèves préconise la formule suivante pour le traitement général de la syphilis par les lotions au sublimé :

Sublimé corrosif......	1 gr.
Alcool officinal.........	100 gr.
Eau.......	10 gr.

Au moyen d'un gros pinceau de coton, faisant office d'éponge, le malade se lotionne avec ce liquide toute la surface du corps, en évitant les muqueuses et les plis profonds de la peau,et il attend pour se rhabiller que l'évaporation de l'alcool se soit effectuée complètement. Ces lotions sont répétées tous les deux jours.

On a, dans la formule ci-dessus mentionnée, ajouté 10 grammes d'eau à la solution alcoolique de sublimé en tenant compte de ce fait, établi par les recherches de MM. Kroenig et Paul, que le bichlorure de mercure est mieux absorbé par la peau en solution alcoolique hydratée que s'il est dissous dans l'alcool absolu.

Contre la myocardite des enfants.

(SEVESTRE).

Caféine..............	ââ	1 gr. 60
Benzoate de soude..		
Vanilline............		0 gr. 05
Sirop de tolu..........		50 gr. »
Rhum................		10 gr. »
Eau distillée..........		60 gr. »

1 cuillerée à bouche 2 fois par jour.

Emulsion pour lavages des plaies et injections vaginales.

Naftalan............	25 grammes.
Savon médicinal pulvérisé............	25 —
Eau distillée........	500 —

BIBLIOGRAPHIE

—

Guide pratique de la femme enceinte, par le Dr A. DUMAS (de Lédégnan), 1 vol. in-16 de 92 p. cart. 1 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

L'hygiène de la femme enceinte, bien connue des médecins, l'est beaucoup moins des intéressées. C'est à leur usage que le Dr A. Dumas a écrit son petit volume.

Il traite tout d'abord des signes de la grossesse, puis de l'hygiène du logement et des vêtements : la question du corset et de la ceinture de grossesse est examinée avec soin. Vient ensuite le régime alimentaire. L'hygiène du corps est longuement étudiée : bains, injections, soins à donner aux seins, traitement des vomissements, de la constipation, des varices, de l'albuminurie, etc.

Un chapitre est consacré à l'hygiène du travail et des exercices pendant la grossesse et à la question de la bicyclette, de l'équitation, de la danse, des promenades à pied et en voiture, des voyages en chemin de fer.

Enfin l'hygiène de l'esprit termine ce petit volume, qui enseignera à la femme enceinte à conserver et à améliorer sa santé, lui signalera les indispositions qui peuvent la compromettre et lui indiquera les moyens de les combattre.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

GYNÉCOLOGIE OPÉRATOIRE

—

LA PRATIQUE DE L'ANTISEPSIE OPÉRATOIRE PAR LES CHIRURGIENS DES HOPITAUX DE PARIS (1)

Par M. J. Triollet.

Bien que les idées actuelles de la chirurgie tendent de plus en plus vers la suppression de l'antisepsie, au profit de l'asepsie, non seulement pour le pansement des plaies aseptiques, mais même pour celui de certaines infections, même aussi pour la toilette chirurgicale de l'opérateur et du malade, il n'en est pas moins vrai que l'antisepsie occupe encore une place honorable dans la pratique chirurgicale de notre époque.

Entre M. Lucas-Championnière, ardent partisan de l'antisepsie exclusive, et M. Terrier qui n'a foi qu'en l'asepsie, se placent tous les autres chirurgiens. Admirateurs convaincus de l'asepsie, gardienne indiquée de la virginité microbienne des plaies, ils pensent qu'elle peut laisser parfois surprendre sa vigilance et se trouver bien, dès lors, du secours de l'antisepsie.

Cependant l'importance attribuée à ce secours varie d'un chirurgien à un autre et revêt tous les degrés allant du doute bienveillant à la confiance la plus absolue. Les uns ne sauraient et ne voudraient pas se passer de l'antisepsie, tandis que d'autres n'y sont encore attachés — combien peu ! — que par le souvenir des services rendus autrefois, et aussi, parce que, dans la toilette chirurgicale par exemple, elle paraît lui donner une importance scientifique que les élèves n'accordent pas toujours au même acte accompli avec l'eau simplement stérilisée (MM. Reclus, Ricard).

En somme, quand, comme nous, on se renseigne auprès des chirurgiens réputés pour ne se servir que de produits aseptiques, on est surpris de constater la part, sinon large, du moins sensible, qu'ils accordent aux antiseptiques.

Si donc l'antisepsie a perdu la prépondérance qu'elle avait au début de la méthode de Lister, on peut dire cependant que son emploi est à peu près général pour le pansement des plaies, des plaies infectées tout au moins, et pour la toilette chirurgicale.

C'est en raison de l'importance que l'antisepsie conserve malgré tout, que nous pensons intéressant de faire connaître les procédés ou les usages suivis journellement par les maîtres de la chirurgie française pour obtenir cette antisepsie.

Sans vouloir rapporter ici les opinions très autorisées que nous avons pu recueillir auprès des chirurgiens sur les mérites respectifs de l'asepsie et de l'antisepsie, ce qui donnerait cependant de la valeur à notre modeste travail, mais nous entraînerait dans de

(1) Quoique ce travail, communiqué à la Société de médecine pratique, se rattache à l'ensemble des opérations chirurgicales, nous croyons qu'il intéresse assez le gynécologue pour être publié dans cette Revue.

longs développements (1), sans surtout faire part des critiques plus ou moins bienveillantes que nous avons pu entendre sur certains procédés, il est évident que nous devons considérer seulement la parfaite conviction de chaque opérateur. C'est à ce titre que nous croyons utile de consigner indistinctement tous les usages.

Les renseignements qui suivent sont d'autant plus exacts qu'ils nous ont été personnellement fournis, à de très rares exceptions près, par les chefs de service que nous citons. Nous sommes heureux de leur adresser ici tous nos remercîments pour l'obligeance avec laquelle ils ont bien voulu nous enseigner leur pratique.

L'antisepsie opératoire comprend l'ensemble des moyens antiseptiques employés au moment d'une intervention, tant pour la toilette chirurgicale de l'opérateur et celle du malade, que pour le pansement qui *suit immédiatement* l'opération, que celle-ci ait été aseptique ou non.

Pour la commodité de notre étude nous envisagerons donc successivement :

1° *La Toilette chirurgicale* : *A*. de l'opérateur ; *B*. du malade.
2° *Le Pansement* : *A*. Plaie aseptique ; *B*. Plaie septique.

1° — Toilette chirurgicale.

A. — *Lavage des mains du chirurgien*. — « Autrefois il suffisait à la main du chirurgien d'être une ouvrière forte, adroite et souple. Il n'en est plus de même aujourd'hui, car, pour qu'elle soit heureuse, il lui faut encore plus, il faut qu'elle soit *propre*. Mais une main blanche, avec des ongles roses, ne satisfait pas encore aux exigences de la chirurgie moderne. Il faut bien davantage » (2). Il faut qu'elle soit débarrassée des germes innombrables qui la souillent, car on sait que l'infection des plaies par contact est de beaucoup la plus fréquente. « Or les mains avec leurs sillons nombreux, leurs orifices pileux et glandulaires, les doigts et surtout les ongles sont loin de se prêter à une désinfection facile et efficace (3) ».

Les travaux de Kümmel, de Forster, de Fürbringer, de Mikulicz, de J. Roux et Reynès, etc., ont montré les difficultés qu'on rencontre pour rendre les mains aseptiques, surtout lorsqu'elles ont été infectées par une opération septique. Même après un lavage énergique au savon et à la brosse, malgré une propreté apparente, on obtient aisément de 2 à 300 colonies de microbes, dont beaucoup sont pathogènes.

MM. Terrier, Quénu, Tuffier et Nélaton sont convaincus que

(1) On trouvera d'ailleurs la discussion de la plupart de ces opinions dans le *Bull. de la Soc. de Chirurgie* (avril à juillet 1900).

(2) A. Reverdin. — L'antisepsie et l'asepsie chir. (Paris 1894).

(3) E. Schwartz.—La pratique de l'asepsie et de l'antisepsie. (Paris 1894).

la stérilisation des mains infectées est fort difficile. M. Terrier (1) déclare même carrément qu'il ne voudrait pas se faire opérer par un chirurgien qui aurait fait une opération septique la veille, à plus forte raison le matin. Aussi M. Tuffier (2) dit : « Si vous voulez conserver vos mains propres, commencez donc par ne pas les septiser, car il est beaucoup plus facile de maintenir propre ce qui l'est déjà, que de rendre propre ce qui ne l'est pas ».

Cependant MM. Bazy, Delbet, Poirier, Reynier et Schwartz (3) ont institué des expériences bactériologiques avec MM. Charrin, Marmoreck, Widal et Josué qui prouvent qu'il est possible de se laver suffisamment les mains, même après une opération septique, pour pouvoir ensuite opérer aseptiquement en toute sécurité.

Il est évident que, pour les chirurgiens, l'idéal serait de ne procéder aux interventions qu'avec des mains parfaitement stérilisées. Mais s'il est facile de stériliser les instruments et les objets de pansement en les soumettant à la température de l'étuve (160-180°) ou de l'autoclave (120°), on ne peut songer à procéder de même pour les mains. Leur stérilisation est forcément toute relative et, pour la plupart des chirurgiens, doit être complétée par les antiseptiques.

Si on juge de la difficulté d'un problème par le grand nombre de solutions proposées pour le résoudre, on doit reconnaître que le lavage des mains du chirurgien est un problème singulièrement ardu, puisque, pour les seuls chirurgiens des hôpitaux de Paris, nous ne trouvons pas moins de vingt-sept façons d'arriver à ce résultat. Certes, ces manières diffèrent souvent par de petits détails seulement; et les moyens employés ont une grande analogie. Cependant, chaque opérateur tient à sa méthode et explique volontiers les raisons qui lui font préférer l'eau chaude à l'eau froide, l'eau courante à l'eau non courante, ou même l'emploi successif de ces deux eaux.

Tel chirurgien tient au permanganate de potasse et à son corollaire, le bisulfite de soude, tandis que tel autre ne peut supporter ces produits chimiques. Pour quelques-uns le sérum artificiel sera suffisant, mais pour d'autres, outre l'alcool et l'éther, et quelquefois la teinture d'iode, il leur faudra encore du sublimé, ou du cyanure, ou du biiodure, ou du formol, etc. Enfin il y en a qui, très précis dans leurs explications, tiennent essentiellement à ce que l'alcool dont ils se servent soit employé aussitôt après le brossage dans l'eau savonneuse, *avant* le permanganate, quand ils l'utilisent, *avant* la solution antiseptique dans laquelle ils immergeront leurs mains avant d'opérer. Mais aussi il existe d'autres chirurgiens qui, pour des raisons diamétralement opposées, quoiqu'elles ne paraissent pas moins valables, tiendront à réser-

(1) Terrier. — *Soc. de Chir.* (Séance du 25 avril 1900).
(2) Tuffier. — *Soc. de chir.* (Séance du 25 avril 1900).
(3) *Soc. de chir.* (Voir séances des 16 et 30 mai, 6 juin et 27 juin 1900).

ver l'alcool pour la fin du nettoyage, par conséquent *après* le permanganate, *après* la solution antiseptique.

Ces façons de faire sont très caractéristiques pour chaque chirurgien. Elles expliquent souvent sa manière de comprendre et d'interpréter le rôle qu'il attribue à la méthode antiseptique.

Le lavage des mains comprend deux temps bien différents : le *nettoyage des mains proprement dit* ou nettoyage banal et la *toilette chirurgicale des mains.*

Nettoyage des mains proprement dit. — Le nettoyage proprement dit s'obtient généralement en brossant plus ou moins fortement les mains, et souvent les avant-bras, dans de l'eau savonneuse. Le temps consacré au brossage des mains est variable : de cinq minutes à un quart d'heure. La plupart des chirurgiens attachent une grande importance à ce brossage, qu'ils poursuivent parfois jusqu'au décapage des téguments (MM. ARROU, BOUILLY, BOUGLÉ, CAMPENON, DELBET, MICHAUX, MONOD, PEYROT, REYNIER, RECLUS, THIÉRY, WALTHER). Cependant MM. GUINARD, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, MORESTIN, RICHELOT usent peu de la brosse pour leurs mains. M. QUÉNU, même, la supprime à peu près totalement ; il ne s'en sert que pour les extrémités digitales, et seulement lorsqu'il soupçonne ses mains infectées. Au lieu de brosse il fait usage de savon blanc enveloppé dans une compresse de gaze qu'il fait ainsi bouillir pendant quelques minutes. M. QUÉNU attache beaucoup d'importance à cette pratique qui lui permet de conserver des mains parfaitement nettes et d'éviter les écorchures qui sont, d'après M. BESNIER, les portes d'entrée pour les microbes qui produisent les affections (eczémas, herpès, etc.), qui frappent si souvent les mains de certains chirurgiens.

Dans les services de MM. HARTMANN, ROCHARD et TERRIER, les brosses dures sont remplacées par des tampons de fibre de bois. Ces tampons sont facilement stérilisables à l'autoclave et leur bon marché permet, sans regret, de les sacrifier après qu'ils ont servi une fois.

Le savon généralement employé est le savon blanc ordinaire. Cependant M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE tient beaucoup à la qualité du savon : il faut qu'il soit très mousseux ; aussi se sert-il de savons fins, tout en ayant soin d'exclure les savons anglais, qui ne valent rien pour cet usage. MM. FÉLIZET et ROCHARD tiennent de même à un savon fin.

La température de l'eau qui sert au lavage des mains n'est pas indifférente. Si la plupart des chirurgiens utilisent l'eau tiède, d'autres, par contre, attachent une importance extrême à l'emploi de l'eau très chaude et non courante, tels MM. ARROU, BAZY, DELBET, DEMOULIN, GUILLEMAIN, GUINARD, LEJARS, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, LYOT, RECLUS, ROUTIER, SAVARIAUD, SOULIGOUX, VILLEMIN.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, même, ne se sert que de très petites

cuvettes pour pouvoir concentrer davantage l'émulsion savonneuse.

Les partisans de l'eau très chaude lui attribuent le pouvoir d'aider l'acte détersif en fondant les graisses et par conséquent de faciliter leur émulsion. De plus il s'établit une transpiration abondante qui ouvre largement les pores de la peau et permet par suite de les débarrasser aisément des microbes qui s'y trouvaient logés.

Seul, M. Broca emploie l'eau froide, l'eau chaude lui gerçant les mains.

Disons que M. Lucas-Championnière additionne son eau savonneuse d'un peu de teinture de Panama et que MM. Félizet et Thiéry y ajoutent un peu de carbonate de soude, pour aider à l'action du savon.

Toilette chirurgicale des mains. — La toilette chirurgicale des mains comprend les moyens mis en œuvre pour obtenir leur antisepsie. Ces moyens consistent généralement dans l'emploi de solutions antiseptiques variées, parmi lesquelles dominent surtout les solutions de sublimé, de permanganate de potasse et de bisulfite de soude. Parfois l'usage du sérum artificiel suffit à quelques chirurgiens (MM. Legueu, Terrier). Dans ce cas il est évident que ces chirurgiens ne recherchent plus l'antisepsie de leurs mains : l'asepsie seule est leur but.

Le plus souvent, après le nettoyage des mains, le chirurgien se les passe à l'alcool. Cependant MM. Auvray, Broca, Chaput, Delens, Legueu, Lucas-Championnière, Richelot, Savariaud, Schwartz, Terrier, n'en font pas usage dans ce cas.

Bien que quelques chirurgiens attribuent à l'alcool un certain pouvoir microbicide, il est surtout employé pour parfaire le lavage et pour l'action resserrante, constrictante qu'il exerce sur les pores de la peau : l'eau chaude les avait ouverts et avait facilité l'expulsion des microbes, l'alcool referme les pores et empêche qu'ils soient contaminés de nouveau.

L'usage du permanganate de potasse divise les chirurgiens en deux camps sensiblement égaux. Les uns lui accordent de grandes propriétés antiseptiques, d'autres ne l'emploient que pour contrôler l'efficacité des premiers lavages. Si la peau a été parfaitement débarrassée de toute matière grasse par les lavages au savon et à l'alcool, le permanganate la mouille d'une façon uniforme, parfaite : il *prend bien*, comme on dit. Par contre, si les lavages n'ont pas été suffisants, s'il reste de la graisse, la solution aqueuse colorée ne prend plus ; elle glisse, et se met à l'état sphéroïdal, sans mouiller la peau, ou du moins en la mouillant incomplètement, parce que les matières grasses, ayant une forte tension superficielle, la préservent du contact de la solution aqueuse.

Enfin M. Quénu ne se sert pas de permanganate parce qu'il pense qu'il n'a qu'une action purement suggestive sur la rétine du chirurgien...

Malgré l'opinion de M. Lucas-Championnière qui enseigne que le sublimé ne vaut rien pour l'antisepsie des mains, parce qu'il ne pénètre pas l'épiderme, on peut dire cependant qu'il est l'antiseptique préféré par la grande majorité des chirurgiens. En effet, la solution antiseptique employée le plus fréquemment est incontestablement celle de sublimé à 1 °/oo.

Toutefois MM. Arrou, Broca et Chaput ne se servent que d'une solution à 1/2000 et M. Jalaguier d'une solution à 1/4000.

Par contre, M. Lejars utilise une solution à 3 °/oo, et M. Segond emploie une solution antiseptique composée de :

Sublimé	1 gr.
Acide phénique	5 gr.
Acide thymique	1 gr.
Alcool	1000 cc.

Les chirurgiens qui ne se servent jamais de sublimé pour les mains sont : MM. Bazy, Delens, Félizet, Launay, Legueu, Lucas-Championnière, Michaut, Monod, Peyrot, Potherat, Ricard, Rochard, Routier, Sébileau, Terrier, Tuffier et Walther.

M. Lucas-Championnière immerge ses mains dans une solution phéniquée à 1/40.

M. Potherat se sert d'une solution de biiodure de mercure à 1 °/oo, MM. Bazy et Routier, d'oxycyanure à 1 °/oo, M. Sébileau, d'oxycyanure à 0 gr. 50 °/oo ; M. Delens, de cyanure à 2 °/oo et M. Monod de la solution du même antiseptique, mais au titre de 5 °/oo. Enfin MM. Ricard et Rochard se servent d'une solution légèrement additionnée de formol.

Voici, d'ailleurs, les moyens employés par les chirurgiens pour obtenir le nettoyage de leurs mains (*) :

1. — *Brosse, savon, sérum artificiel* : MM. Legueu, Terrier (1).
2. — *Brosse, savon, alcool* : MM. Félizet (2), Launay, Peyrot (3), Riche (4), Tuffier.
3. — *Brosse, savon, alcool, sérum artificiel* : M. Walther.
4. — *Brosse, savon, sublimé à* 1 °/oo : MM. Auvray (1 et 8), Guillemain (3), Savariaud (1).
5. — *Brosse, savon, sublimé à* 1/2000 : MM. Broca (3) et Chaput.
6. — *Brosse, savon, alcool, sublimé à* 1 °/oo : MM. Bouglé, (5), Campenon (6), Duplay, Faure, Guinard (5), Guyon, Hartmann (1), Lyot, Michaux (7), Pozzi (8), Tillaux.
7. — *Brosse, savon et sublimé à* 1 °/oo, *alcool* : MM. Delbet, Demoulin (9), Nélaton.
8. — *Brosse, savon, alcool et sublimé à* 1/2000 : M. Arrou.
9. — *Brosse, savon, alcool, sublimé, éther* : MM. Morestin, Poirier.
10. — *Brosse, savon, permanganate, bisulfite et sublimé à* 1 °/oo : MM. Humbert, Michon et Richelot.

(*) Les chiffres (1), (2), etc., qui suivent les noms des chirurgiens cités renvoient aux observations situées à la page suivante.

11. — *Brosse, savon, permanganate, bisulfite, alcool et sublimé à* 1 °/₀₀ : MM. ALBARRAN, BEURNIER, BOUILLY, BRUN (10), LE DENTU, MARCHANT, MARION, MAUCLAIRE, RIEFFEL, SOULIGOUX, VILLEMIN.
12. — *Brosse, savon, permanganate, bisulfite, sublimé à* 1 °/₀₀ *et alcool* : MM. BERGER, CHEVALIER, PICQUÉ, RECLUS, REYNIER (5), THIÉRY (11).
13. — *Brosse, savon, permanganate, bisulfite, éther, alcool et sublimé à* 1 °/₀₀ : M. BLUM.
14. — *Brosse, savon, permanganate, bisulfite, alcool et sublimé à* 3 °/₀₀ : M. LEJARS.
15. — *Brosse, savon, permanganate, bisulfite, alcool et sublimé à* 1/4000 : M. JALAGUIER.
16. — *Brosse, savon, permanganate, bisulfite, alcool, sublimé à* 2 °/₀₀ (*alcool antiseptique*) *et sublimé à* 1 °/₀₀ : M. SEGOND.
17. — *Brosse, savon, permanganate, bisulfite, teinture d'iode, solution chlorhydrique et sublimé à* 1 °/₀₀ : M. SCHWARTZ.
18. — *Brosse, savon, alcool et oxycyanure de mercure à* 0,50 °/₀₀ : M. SÉBILEAU (3 et 12).
19. — *Brosse, savon, permanganate, bisulfite, alcool et oxycyanure de mercure à* 1 °/₀₀ : M. ROUTIER (1).

(1) Essuie soigneusement ses mains avant d'opérer.

(2) La veille au soir, M. FÉLIZET gratte un savon fin pour en remplir ses cavités onguéales qu'il laisse en cet état jusqu'au lendemain. Il s'établit ainsi une macération de l'épiderme qui lui permet alors, au moment de la toilette chirurgicale des mains, d'enlever avec la plus grande facilité, au moyen du cure-ongles, une masse variable, cohérente, comprenant, en outre du savon, des débris épidermiques et toutes les impuretés qui se trouvaient logées dans le sillon onguéal.

Au moment du lavage, M. FÉLIZET ajoute au savon un peu de poudre de carbonate de soude. La toilette est terminée par une friction avec une compresse stérilisée largement imbibée d'alcool ; enfin les mains sont soigneusement essuyées avant d'opérer.

(3) Emploie parfois le permanganate de potasse et le bisulfite, quand il soupçonne ses mains infectées par une opération précédente.

(4) Se sert de permanganate toutes les fois qu'il vient de *terminer* une opération où il a pu s'infecter les mains.

(5) Utilise la teinture d'iode pour les extrémités digitales quand il soupçonne les mains infectées par une opération précédente.

(6) Entre l'alcool et le sublimé fait un deuxième brossage dans l'eau savonneuse.

(7) Se sert souvent du permanganate, pas toujours d'alcool et rarement de sublimé. Essuie soigneusement ses mains avant d'opérer.

(8) Remplace volontiers le sublimé par l'eau stérilisée.

(9) Les mains sont brossées dans l'alcool et non pas seulement immergées.

(10) Toutefois pas toujours le sublimé.

(11) Ajoute du carbonate de soude à l'eau très chaude.

(12) Remplace parfois le sublimé par la solution de chloral à 2 %.

20. — *Brosse, savon, alcool, permanganate, bisulfite et formol à* 1 °/oo : M. ROCHARD.
21. — *Brosse, savon, alcool et oxycyanure de mercure à* 1 °/oo : M. BAZY.
22. — *Brosse, savon, alcool et cyanure de mercure à* 5 °/oo : M. MONOD.
23. — *Brosse, savon, cyanure de mercure à* 2 °/oo : M. DELENS.
24. — *Brosse, savon et biiodure de mercure à* 1 °/oo : M. POTHERAT.
25. — *Brosse, savon, alcool et solution de formol à* 1 °/oo : M. RICARD.
26. — *Brosse, savon, teinture de Panama et solution phéniquée à* 1/40 : M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.
27. — *Savon* (pas de brosse) *alcool et sublimé à* 1 °/oo : M. QUÉNU.

Pour compléter cette étude du lavage des mains, nous devons dire qu'au cours de l'opération la plupart des chirurgiens immergent leurs mains dans la solution du même antiseptique qui leur a servi au début, soit simplement pour les débarrasser du sang qui les souille, soit pour les antiseptiser de nouveau. Cependant MM. ARROU, BOUGLÉ, LAUNAY, MORESTIN, RICHE, qui emploient le sublimé pour la toilette initiale de leurs mains, ne se servent plus de cet antiseptique que s'ils croient leurs mains infectées pendant l'intervention : autrement, pour enlever le sang, ils préfèrent l'eau stérilisée, ou, mieux encore, le sérum artificiel. Quant à M. FÉLIZET, il utilise alors une solution de formol.

Enfin nous devons ajouter que quelques chirurgiens ne pratiquent leurs interventions qu'avec des mains gantées de caoutchouc (1). Les uns, comme MM. CHAPUT (2), QUÉNU (2 et 3), TUFFIER (4) se servent constamment de gants, aussi bien pour les opérations septiques que pour celles qui ne le sont pas ; mais le plus grand nombre réserve l'usage des gants pour les seules opérations septiques, tels sont MM. AUVRAY, BERGER, BOUGLÉ, JALAGUIER, GUINARD, LEJARS, LEGUEU, LYOT, NÉLATON, REYNIER, ROCHARD, SÉBILEAU (3), etc.

B. *Toilette du malade.* — Les mêmes moyens qu'emploient les chirurgiens pour le lavage de leurs mains sont généralement utilisés pour la toilette chirurgicale de leurs malades.

Tous, excepté MM. ARROU, CAMPENON, DELENS, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et QUÉNU, se servent de la brosse. MM. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et QUÉNU sont particulièrement hostiles à l'usage de la

(1) Malheureusement l'enquête que nous avons faite sur l'emploi des gants n'est pas complète ; elle sera reprise.

(2) MM. QUÉNU et CHAPUT ont deux jeux de gants : un pour les opérations non infectées, l'autre pour les opérations septiques.

(3) MM. QUÉNU et SÉBILEAU ne se servent pas de gants de caoutchouc dans *toutes* les opérations aseptiques, mais seulement dans les cas où, ayant opéré septiquement la veille, ils sont en droit de douter de la parfaite asepsie de leurs mains.

(4) M. TUFFIER se sert de gants de fil pour les opérations aseptiques, et de gants de caoutchouc pour les autres interventions.

brosse, à laquelle ils reprochent de produire une révulsion de la peau qu'ils redoutent autant que d'autres mettent de soins à l'obtenir.

L'usage de l'alcool est à peu près général. Il n'y a d'exception que pour MM. Broca, Delens, Guillemain, Lucas-Championnière, Michon, Potherat et Terrier.

L'éther a un peu moins de partisans puisque les chirurgiens suivants n'en font pas emploi : MM. Broca (1), Delens, Guillemain, Hartmann, Lucas-Championnière, Potherat, Schwartz, Sébileau, Terrier, Thiéry, Tuffier.

Bon nombre de chirurgiens, qui se servent de la solution de permanganate et de la solution de bisulfite, délaissent ces antiseptiques pour la toilette de leurs malades. Ainsi font MM. Albarran, Blum, Bouilly, Brun, Humbert, Lejars, Marchant, Marion, Michaux, Michon, Reclus, Reynier, Rieffel, Rochard, Schwartz, Segond, Souligoux, Villemin.

Par contre, MM. Guinard, Lyot et Peyrot, qui ne font pas usage du permanganate pour leurs mains, s'en servent pour leurs opérés.

En sorte que les partisans du permanganate, pour la toilette du champ opératoire, sont MM. Berger, Beurnier, Chevalier, Guinard, Jalaguier, Le Dentu, Lyot, Mauclaire, Peyrot, Picqué, Routier et Thiéry.

L'emploi de la solution de sublimé à 1 °/oo est très fréquent. MM. Félizet et Terrier, qui n'en font pas usage pour leur mains, l'utilisent pour la peau de leurs malades, MM. Blum, Lejars et Reclus y ont même recours à deux reprises, séparées par une affusion d'alcool et d'éther.

M. Pozzi se sert d'une solution beaucoup plus concentrée, à 1 %, dont il imbibe une compresse qu'il passe sur le champ opératoire.

MM. Broca et Chaput emploient une solution de sublimé à 1/2000 et M. Jalaguier une solution à 1/4000 seulement.

M. Lucas-Championnière, qui se sert d'une solution phéniquée à 1/40 pour ses mains, élève le titre de l'antiseptique à 1/20 pour ses malades.

Au contraire, M. Delens, qui se nettoie les mains avec une solution de cyanure de mercure à 1/500, abaisse le titre de la solution à 1/1500 pour la peau des malades.

MM. Bazy, Routier et Sébileau, qui emploient une solution d'oxycyanure pour leurs mains, la suppriment pour les malades ; de même MM. Ricard et Rochard suppriment la solution de formol avec laquelle ils se lavent les mains.

Enfin MM. Monod, Potherat et Walther conservent pour leurs malades les solutions de cyanure, de bi-iodure et le sérum artificiel dont ils se servent respectivement pour leurs mains.

De sorte que, pour résumer la question comme nous l'avons fait pour le nettoyage des mains, on peut dire que les moyens em-

(1) Cependant M. Broca se sert d'éther pour les peaux très grasses.

ployés par les chirurgiens pour la toilette chirurgicale des malades sont (*) :

1. — *Savon, éther* : M. Arrou.
2. — *Brosse, savon, alcool* : MM. Sébileau (1), Tuffier.
3. — *Brosse, savon, alcool, éther* : MM. Duplay, Riche, Rochard.
4. — *Brosse, savon, éther, alcool* : MM. Albarran, Bazy, Brun, Guyon, Launay, Legueu, Michaux, Poirier (2), Ricard, Richelot, Tillaux.
5. — *Brosse, savon, alcool, éther, sérum artificiel* : M. Walther.
6. — *Brosse, savon, sublimé à 1 °/₀₀* : MM. Guillemain, Terrier.
7. — *Brosse, savon, sublimé à 1/2000* : M. Broca (3).
8. — *Brosse, savon, alcool et sublimé à 1 °/₀₀* : MM. Auvray (4 et 6), Hartmann et Schwartz.
9. — *Savon, éther et sublimé à 1 °/₀₀* : M. Michon.
10. — *Brosse, savon, alcool, sublimé à 1 °/₀₀, éther* : MM. Félizet (5), Morestin.
11. — *Brosse, savon, alcool, éther et sublimé à 1 %₀* : M. Faure.
12. — *Savon, alcool, éther et sublimé à 1 °/₀₀* : M. Campenon.
13. — *Savon, éther, alcool et sublimé à 1 °/₀₀* : M. Quénu (6).
14. — *Brosse, savon, sublimé à 1 %₀, éther et alcool* : MM. Bouglé, Delbet, Humbert.
15. — *Brosse, savon, éther, alcool et sublimé à 1 °/₀₀* : MM. Bouilly, Marchant (1), Marion, Nélaton, Ribbfel, Savariaud, Segond, Souligoux, Villemin.
16. — *Brosse, savon, sublimé, éther, alcool et sublimé* (2ᵉ fois) : MM. Blum, Demoulin, Lejars, Reclus.
17. — *Brosse, savon, sublimé à 1 %, alcool, éther et sublimé à 1 °/₀₀* M. Pozzi (7).
18. — *Brosse, savon, sublimé à 1 °/₀₀, éther, alcool et teinture d'iode* : M. Reynier (8).
19. — *Brosse, savon, éther, alcool et sublimé à 1/2000* : M. Chaput (9).
20. — *Brosse, savon, permanganate, bisulfite, éther et alcool* : MM. Beurnier, Peyrot (10), Routier.
21. — *Brosse, savon, permanganate, bisulfite, sublimé à 1 °/₀₀, alcool* : M. Thiéry (5).
22. — *Brosse, savon, permanganate, bisulfite, éther, alcool et sublimé à 1 °/₀₀* : MM. Guinard (10), Le Dentu.
23. — *Brosse, savon, permanganate, bisulfite, alcool, éther et sublimé à 1 °/₀₀* : M. Mauclaire.
24. — *Brosse, savon, permanganate, bisulfite, sublimé à 1°/₀₀, alcool et éther* : MM. Chevalier et Picqué.
25. — *Brosse, savon, éther, alcool, permanganate et bisulfite* : M. Lyot.
26. — *Brosse, savon, éther, alcool, permanganate, bisulfite, éther, alcool* (2ᵉ fois) : M. Berger.

(*) Les chiffres (1), (2), etc., qui suivent les noms des chirurgiens cités renvoient aux observations situées page suivante.

27. — *Brosse, savon, éther, permanganate, bisulfite, alcool et sublimé à 1/4000* : M. Jalaguier.
28. — *Brosse, savon et biiodure de mercure à 1 °/oo* : M. Potherat.
29. — *Brosse, savon, éther, alcool et cyanure de mercure à 5 °/oo* : M. Monod.
30. — *Savon et cyanure de mercure à 1/1500* : M. Delens.
31. — *Solution phéniquée à 5 %* : M. Lucas-Championnière.

Tableau récapitulatif.

MM.	TOILETTE CHIRURGICALE de l'opérateur. voir p. 452 — Nos	TOILETTE CHIRURGICALE du malade. voir p. 456 — Nos	MM.	TOILETTE CHIRURGICALE de l'opérateur. voir p. 452 — Nos	TOILETTE CHIRURGICALE du malade. voir p. 456 — Nos
Albarran	11	4	Duplay	6	3
Arrou	8	1	Faure	6	11
Auvray	4	8	Félizet	2	10
Bazy	21	4	Guillemain	4	6
Berger	12	26	Guinard	6	22
Beurnier	11	20	Guyon	6	4
Blum	13	16	Hartmann	6	8
Bouilly	11	15	Humbert	10	14
Bouglé	6	14	Jalaguier	15	27
Broca	5	7	Launay	2	4
Brun	11	4	Le Dentu	11	22
Campenon	6	12	Legueu	1	4
Chaput	5	19	Lejars	14	16
Chevalier	12	24	Lucas-Championnière	26	31
Delbet	7	14	Lyot	6	25
Delens	23	30	Gérard Marchant	11	15
Demoulin	7	16			

(1) Permanganate et bisulfite seulement en cas d'infection.

(2) Relave lui-même le champ opératoire à l'éther et à l'alcool parce que, ce faisant, il achève la préparation de son malade et de ses mains.

(3) Se sert d'éther pour les peaux très grasses.

(4) Ether parfois au lieu d'alcool.

(5) Emploie l'eau carbonatée.

(6) Trois ou quatre grands bains au moins avant l'opération.

(7) On frictionne tout d'abord avec une gaze stérilisée imbibée de solution de sublimé à 1 0/0, puis on lave en arrosant largement avec l'alcool, l'éther et le sublimé à 1 0/00.

(8) Teinture d'iode sur la ligne d'incision.

(9) Pansement humide, vingt-quatre heures à l'avance, avec une gaze imbibée de la solution de sublimé à 1/2000.

(10) Le permanganate est généralement appliqué la veille.

Marion	11	15	Riche	2	3
Mauclaire	11	23	Richelot	10	4
Michaux	6	4	Rieffel	11	15
Michon	10	9	Rochard	20	3
Monod	22	29	Routier	19	20
Morestin	9	10	Savariaud	4	15
Nélaton	7	15	Schwartz	17	8
Peyrot	2	20	Sébileau	18	2
Picqué	12	24	Segond	16	15
Poirier	9	4	Souligoux	11	15
Potherat	24	28	Terrier	1	6
Pozzi	6	17	Thiéry	12	21
Quénu	27	13	Tillaux	6	4
Reclus	12	16	Tuffier	2	2
Reynier	12	18	Villemin	11	15
Ricard	25	4	Walther	3	5

2° Le Pansement

Quand on considère la liste des nombreux antiseptiques offerts journellement pour le pansement des plaies, on est vraiment surpris de constater le très petit nombre de ceux qui sont entrés définitivement dans la thérapeutique chirurgicale. En effet, quand le pansement antiseptique est jugé utile, il s'effectue le plus généralement avec de la gaze iodoformée. Souvent même le chirurgien se contente d'une gaze aseptique trempée dans une solution d'acide phénique, de sublimé, de chloral, d'acide borique, etc. Mais ce n'est qu'exceptionnellement qu'il fait usage de gazes antiseptiques toutes préparées.

C'est ainsi que nous n'avons jamais vu dans les services hospitaliers de gazes au dermatol, à l'aristol, à l'acide phénique, à l'acide salicylique, au sublimé, etc., etc. Une fois seulement nous avons trouvé la gaze à l'airol (Le Dentu), et deux fois la gaze à l'iodol (Reclus et Sébileau).

En cas d'infection, la plupart des chirurgiens emploient de préférence les lavages faits avec des antiseptiques divers, parmi lesquels domine surtout l'eau oxygénée. Puis la plaie est recouverte d'une gaze aseptique.

Les antiseptiques les plus fréquemment utilisés ensuite pour les lavages sont les solutions de sublimé, d'acide phénique, de permanganate de potasse, de chloral, etc. L'eau bouillie sert aussi assez souvent pour cet usage.

Voici d'ailleurs la conduite suivie par chaque chirurgien, suivant qu'il a affaire à une plaie aseptique ou à une plaie infectée. Nous rappelons que nous n'avons en vue que le pansement qui *suit immédiatement* l'opération.

A. *Pansement d'une plaie aseptique.* — Les plaies aseptiques sont aujourd'hui à peu près constamment pansées avec de la gaze sèche

aseptique, stérilisée à l'étuve ou à l'autoclave. Il n'y a d'exceptions que pour MM. Campenon, Félizet, Humbert et Lucas-Championnière, dont tous les pansements ont pour base la gaze iodoformée, que la plaie soit aseptique, ou qu'elle soit infectée.

Parfois MM. Humbert et Félizet remplacent la gaze iodoformée par la gaze au salol, mais seulement quand il y a intolérance pour l'iodoforme.

M. Campenon emploie généreusement la gaze iodoformée, et M. Lucas-Championnière non seulement en fait usage, mais il la recouvre en outre de nombreux sachets antiseptiques contenant le mélange suivant :

Iodoforme pulvérisé........................	P. E.
Benjoin pulvérisé........................	
Carbonate de magnésie..................	
Quinquina pulvérisé........................	
Essence d'eucalyptus......................	Q. S.

M. Sébileau utilise souvent la gaze à l'iodol pour les plaies aseptiques.

Enfin, M. Thiéry badigeonne la suture de tous ses opérés avec de l'éther picriqué à saturation, même en cas de plaie parfaitement aseptique.

Quant aux cavités vaginale et rectale, elles sont généralement considérées comme infectées, et pansées en conséquence avec de la gaze iodoformée. Cependant, même dans ces cas, la gaze aseptique seule est employée par MM. Auvray, Brun, Delbet, Faure, Jalaguier, Launay, Michon, Peyrot, Picqué, Poirier, Riche, Rochard, Sébileau, Segond, Souligoux, Terrier, Thiéry, Tuffier et Walther.

B. — Pansement d'une plaie septique.

Albarran. — Pansement fait avec une gaze aseptique trempée dans une solution de nitrate d'argent à 1/500 ou à 1/1000. Jamais d'autres gazes antiseptiques. Parfois lavages avec l'eau oxygénée.

Arrou. — Lavages à l'eau bouillie ou à l'eau oxygénée et gaze aseptique. Jamais de protective.

Auvray. — Bains à l'eau stérilisée, pansement humide simple ; teinture d'iode parfois.

Bazy. — Gaze iodoformée le plus souvent. Lavages à l'eau oxygénée.

Berger. — Gaze iodoformée parfois ; mais surtout lavages à l'eau oxygénée et gaze aseptique.

Beurnier. — Lavages avec une solution de sublimé ou d'acide phénique et gaze aseptique sèche.

Blum. — Pansement avec la gaze iodoformée. Jamais de pansement humide.

Bouilly. — Lavages avec l'eau oxygénée ou la solution de sublimé et gaze aseptique ; jamais d'autres antiseptiques.

Bouglé. — Pansement humide avec une gaze aseptique imbibée d'une solution très faible de sublimé ou d'acide phénique.

Broca. — Pansement toujours sec et aseptique. Très rarement de la gaze iodoformée et seulement quand l'odeur est très forte. Presque jamais d'eau oxygénée.

Brun. — Lavages à l'eau oxygénée et gaze aseptique. Jamais de gazes antiseptiques.

Campenon. — Toujours un pansement avec gaze iodoformée, très copieusement. Quand la plaie doit suppurer, suppression de la gaze iodoformée ; gaze aseptique humide fréquemment renouvelée et lavages à l'eau oxygénée ou au chloral à 2 %.

Chaput. — Pansement à la gaze iodoformée stérilisée par l'ébullition.

Chevalier. — Lavages à l'eau oxygénée, ou plus souvent, au permanganate de potasse, ou encore avec une solution de sublimé ou d'oxycyanure et gaze aseptique.

Delbet. — Lavages à l'eau oxygénée et gaze aseptique.

Delens. — Lavages à l'eau boriquée, gaze au salol.

Demoulin. — Gaze iodoformée, rarement gaze au salol. Lavages avec l'eau oxygénée qu'on enlève ensuite avec de l'eau bouillie. N'emploie jamais d'antiseptiques quand l'opéré est très arthritique ou diabétique, ou qu'il présente quelques manifestations cutanées.

Duplay. — Gaze iodoformée.

Faure. — Lavages avec l'eau oxygénée, ou la solution de chlorure de chaux. Pansement avec une gaze aseptique imbibée de solution de sublimé. Jamais d'iodoforme ou d'acide phénique.

Félizet. — Généralement pansement sec à la gaze iodoformée. Gaze au salol en cas d'intolérance pour l'iodoforme. Quand il y a suppuration, pansement humide fréquemment renouvelé.

Guillemain.— Pansement toujours aseptique, que la plaie soit aseptique ou non. Jamais de lavages. Gaze iodoformée, exceptionnellement, pour le vagin.

Guinard. — Lavages avec l'eau oxygénée, ou avec une solution de permanganate, ou avec l'alcool et gaze aseptique.

Guyon. — Pansement avec une gaze aseptique trempée dans une solution de nitrate d'argent à 1/500 ou à 1/1000. Jamais d'autres antiseptiques. Quelquefois lavages à l'eau oxygénée.

Hartmann. — Lavages avec l'eau oxygénée en présence des microbes anaérobies seulement, avec les solutions de sublimé ou d'acide phénique dans les autres cas et gaze aseptique.

Humbert. — Pansement toujours antiseptique avec la gaze iodoformée, remplacée parfois par la gaze au salol.

Jalaguier. — Lavages à l'eau bouillie, ou avec l'eau oxygénée et gaze aseptique. Jamais d'iodoforme, ni d'acide phénique.

Launay. — Pansement aseptique, précédé parfois, mais rarement cependant, d'un lavage à l'eau oxygénée.

Le Dentu. — Gaze iodoformée, gaze à l'airol et lavages à l'eau boriquée.

Legueu. — Pansement toujours aseptique, que la plaie soit aseptique ou non. Jamais de lavages avec des solutions antiseptiques. Exceptionnellement de la gaze iodoformée pour le vagin.

Lejars. — Pansement toujours aseptique, que la plaie soit aseptique ou non. Jamais de lavages avec des solutions antiseptiques. Emploie exceptionnellement la gaze iodoformée pour le vagin.

Lucas-Championnière. — Pansement toujours antiseptique avec la gaze iodoformée recouverte de nombreux sachets renfermant la poudre antiseptique dont nous avons donné la formule plus haut. Lavages avec l'eau oxygénée, en cas d'infection.

Lyot. — Gaze aseptique imbibée de solution de sublimé, additionnée de 10 à 15 % de glycérine. Lavages à l'eau oxygénée.

Marchant (Gérard). — Gaze sèche iodoformée stérilisée à l'étuve, recouverte d'une gaze aseptique humide et d'une protective, quand il y a suppuration. Lavages avec l'eau oxygénée. Rarement gaze au salol, quand l'iodoforme n'est pas toléré.

Marion. — Gaze iodoformée, gaze au salol. Bains phéniqués et lavages à l'eau oxygénée.

Mauclaire. — Lavages avec la solution de sublimé ou avec l'eau oxygénée et gaze aseptique.

Michaut. — Gaze iodoformée (rarement toutefois). Lavages à l'eau oxygénée, naphtol camphré, teinture d'iode et le plus souvent gaze aseptique.

Michon. — Lavages avec une solution de sublimé ou d'acide phénique et gaze aseptique.

Monod. — Gaze iodoformée ou lavages à l'eau oxygénée et gaze aseptique.

Morestin. — Lavages avec eau phéniquée et, plus rarement, eau oxygénée. Poudre antiseptique de Lucas-Championnière et gaze aseptique.

Nélaton. — Lavages, assez rares d'ailleurs, avec l'eau oxygénée et pansement aseptique.

Peyrot. — Lavages avec solution phéniquée, eau oxygénée et gaze aseptique. Jamais d'iodoforme.

Picqué. — Lavages avec une solution de permanganate de potasse, avec de l'eau oxygénée et gaze aseptique.

Poirier. — Pansement toujours aseptique, que la plaie soit infectée ou aseptique.

Potherat. — Lavages avec une solution de biiodure de mercure et gaze iodoformée.

Pozzi. — Gaze iodoformée, ou gaze aseptique trempée dans de l'eau alcoolisée ou dans du vin aromatique. Très rarement, gaze au salol.

Quénu. — Gaze iodoformée, eau oxygénée et teinture d'iode.

Reclus. — Gaze iodoformée, ou plutôt poudre iodoformée. Parfois, gaze à l'iodol. Lavages fréquents à l'eau oxygénée. En cas d'in-

fection notable, se sert volontiers de la pommade analgésique et antiseptique suivante :

Vaseline	100 gr. 00
Sublimé	0 gr. 01
Phénol pur	0 gr. 50
Iodoforme (ou iodol)	1 gr. 00
Salol	2 gr. 00
Analgésine	2 gr. 00
Acide borique	2 gr. 00

Reynier. — Lavages à l'eau bouillie et, plus rarement, à l'eau oxygénée et gaze aseptique. Teinture d'iode.

Ricard. — Pansement toujours aseptique, que la plaie soit aseptique ou qu'elle soit infectée. En cas d'infection trop notable, lavages à l'eau oxygénée et pansement aseptique.

Riche. — Lavages à l'eau oxygénée et gaze aseptique.

Richelot. — Pansement toujours sec et aseptique.

Rieffel. — Gaze aseptique imbibée de solution de sublimé à 1/4000 ou d'eau oxygénée.

Rochard. — Gaze au salol. Rares lavages avec l'eau oxygénée, ou avec les solutions de sublimé, de formol, etc.

Routier. — Gaze iodoformée, lavages à l'eau oxygénée et parfois avec une solution de chlorure de zinc.

Savariaud. — Gaze iodoformée, naphtol camphré, chlorure de zinc. Si la suppuration est banale, drain et pansement aseptique sec renouvelé tous les jours ; pas de lavages.

Schwartz. — Gaze iodoformée.

Sébileau. — Teinture d'iode, très rarement gaze iodoformée. Parfois, lavages avec eau bouillie, ou eau boriquée ou très légèrement chloralée. Rarement, eau oxygénée.

Segond. — Lavages à l'eau oxygénée, naphtol camphré et gaze aseptique.

Souligoux. — Lavages à l'eau oxygénée ou à l'eau bouillie, teinture d'iode et gaze aseptique.

Terrier. — Pansement toujours aseptique, même en cas d'infection préalable. Cependant, usage d'eau oxygénée contre les infections produites par les anaérobies, et gaze aseptique.

Thiéry. — Lavages à l'eau oxygénée et pansement aseptique.

Tillaux. — Gaze iodoformée rare. Lavages à l'eau oxygénée et chlorure de zinc parfois, et le plus souvent gaze aseptique.

Tuffier. — Pansement toujours aseptique. S'étonne qu'il y ait des chirurgiens à Paris qui emploient l'iodoforme. Fait de rares lavages à l'eau oxygénée, quand l'infection est trop forte et recouvre d'une gaze aseptique.

Villemin. — Pansement toujours sec et aseptique. Jamais de lavages, sauf parfois avec l'eau oxygénée.

Walther. — Lavages avec l'eau oxygénée, ou le sérum artificiel et gaze aseptique.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

TRAITEMENT DE LA DYSMÉNORRHÉE

Je ne m'occupe ici que de la thérapeutique médicale, laissant volontairement de côté toute intervention chirurgicale.

Il importe de distinguer, au point de vue thérapeutique, trois variétés de dysménorrhée :

La dysménorrhée congestive ou inflammatoire ;

La dysménorrhée membraneuse ;

La dysménorrhée par rétention de corps étrangers (dysménorrhée obstructive).

A. — *Dysménorrhée congestive ou inflammatoire.*

S'observe surtout chez les vierges, les nullipares et les chloro-anémiques.

I. — Combattre les symptômes généraux par une médication appropriée. Les femmes dysménorrhéiques étant presque toujours névropathes, l'hydrothérapie est particulièrement indiquée. Veiller au fonctionnement régulier de l'intestin.

II. — Pendant la période intermenstruelle, faire prendre avant chaque repas une cuillerée à café de :

Citrate de fer et de quinine................	1 gramme.
Alcool à 90°..............................	10 grammes.
Eau.......................................	190 —

dans un peu d'eau ou de vin blanc.

III. — Pendant la période menstruelle et aussitôt que survient l'élément douleur :

Repos au lit, serviettes chaudes, cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Prendre toutes les deux heures un des cachets suivants :

Salicylate de soude........................	} ââ 15 centigr.
Analgésine................................	}

IV. — Alterner ces cachets avec :

Teinture de viburnum prunifolium.......	2 grammes.
Elixir de Garus...........................	30 —
Sirop de menthe poivrée.................	15 —
Eau distillée.............................	100 —

La teinture de viburnum prunifolium représente un modérateur du pouvoir excito-moteur de la moelle, dont l'action se localise particulièrement sur l'appareil utéro-ovarien.

V. — Si la douleur est intense et s'il existe de l'excitation et de l'insomnie, donner à l'heure du coucher :

Hydrate de chloral........................	àâ 6 grammes.
Bromure de strontium....................	
Teinture de chanvre indien..............	XV gouttes.
Sirop d'écorce d'orange..................	60 grammes.

Une cuillerée à soupe dans un peu d'eau fraîche à l'heure du coucher ; une seconde cuillerée dans la nuit, si cela est nécessaire.

VI. — Ou, si l'estomac est fatigué, le lavement :

Hydrate de chloral........................	4 grammes.
Eau....................................	200 —

VII. — L'opium ne doit pas être employé chez les femmes ayant de la tendance à la constipation. Il augmenterait le tympanisme et les phénomènes dyspeptiques.

Lorsque son emploi est tout à fait nécessaire, je prescris le lavement :

Laudanum de Sydenham.................	XX gouttes.
Camphre pulvérisé........................	20 centigr.
Jaune d'œuf................................	N° 1.
Eau..	200 grammes.

pour un lavement émulsionné, administré le soir, trois heures après le dernier repas.

B. — *Dysménorrhée membraneuse.*

On sait que, dans cette variété, également fréquente chez les vierges et les nullipares, l'utérus élimine à chaque période menstruelle une matière organisée présentant les caractères histologiques de la muqueuse utérine. Dans quelques cas, cette expulsion n'a lieu que tous les trois où quatre mois et même plus rarement. Les douleurs prennent, dans ce cas, le caractère expulsif.

Combattre l'élément douleur par le traitement ci-dessus (A).

Aussitôt que la menstruation commence, placer la malade dans un lit bien chaud, appliquer des serviettes chaudes et de préférence des sacs de caoutchouc remplis d'eau chaude sur les membres inférieurs et le sacrum. Cataplasmes laudanisés très chauds sur l'abdomen.

VIII. — Donner chaque soir, jusqu'à cessation des douleurs, les lavements sédatifs. Voici une autre formule qui convient particulièrement à la dysménorrhée membraneuse :

Teinture d'asa fœtida...............	5 grammes
Teinture de belladone..............	XX gouttes
Laudanum de Sydenham.............	X —
Eau tiède............................	100 grammes

IX. — Faire toutes les quatre heures, jusqu'à l'arrivée des règles, une injection vaginale très chaude avec :

Eau à 45°	2 litres
Essence de thym	XX gouttes

X. — Dans les cas où la dysménorrhée membraneuse résiste aux traitements ordinaires et que la santé générale est sérieusement ébranlée, il faut renouveler la muqueuse utérine et pratiquer le curettage pendant l'anesthésie, après dilatation préalable. Le curetage aura, en outre, l'avantage de combattre la stérilité, qui est souvent une des conséquences de la dysménorrhée membraneuse.

C. — *Dysménorrhée obstructive.*

Je désigne sous ce nom la dysménorrhée d'origine *mécanique*. Lorsqu'un obstacle s'oppose à la libre issue du sang menstruel accumulé dans la cavité utérine, il se produit des contractions utérines douloureuses, de la distension abdominale et même des symptômes plus graves. La dysménorrhée obstructive peut également être occasionnée par le séjour, dans l'utérus, de corps étrangers : produits de rétention ovulaires ou placentaires, petits polypes, etc.

Les causes de cette variété de dysménorrhée sont donc : rétrécissement congénital ou acquis du canal cervical.

Flexions ou versions de l'utérus déterminant le séjour du sang dans la cavité du corps.

Rétention de corps étrangers dans l'utérus.

Traitement. — Combattre la douleur et les contractions utérines par les traitements ci-dessus (A. et B.)

XI. — Lorsqu'il existe du rétrécissement du canal cervical pratiquer chaque mois la dilatation utérine avec une tige de laminaire parfaitement aseptique.

Introduire, après avoir retiré la tige laminaire, une bougie utérine ainsi formulée :

Iodoforme en poudre		1 gramme
Gomme arabique	ââ	2 grammes
Glycérine pure	ââ	2 grammes
Amidon	ââ	2 grammes

pour une bougie ayant 6 centimètres de longueur.

XII. — Dans la rétroversion, cause fréquente de dysménorrhée obstructive, placer un pessaire de Hodge. Faire, pendant toute la période menstruelle, deux injections chaudes par jour. Le pessaire sera évidemment conservé pendant la menstruation.

XIII. — Lorsqu'on suppose l'existence de débris placentaires ou d'un corps étranger, pratiquer la dilatation, puis le curetage.

Enfin, lorsque tous ces moyens ont échoué, on appliquera à la dysménorrhée obstructive par stricture ou rétroversion les traitements chirurgicaux proposés par Sims et décrits dans les ouvrages classiques (discision du col, amputation du col, etc.).

A. LUTAUD.



TRAITEMENT DU CANCER PAR LA QUININE

Dr VALATX.

Puisque le sérum anticancéreux *officiel et obligatoire* n'a pas encore été imposé, il faut bien traiter les cancéreux. Le traitement que propose M. VALATX dans la *Gazette des hôpitaux* mérite d'être pris en considération. Il consiste à employer la quinine par la voie hypodermique. Les piqûres sont faites à la cuisse ; la peau est nettoyée au sublimé et à l'éther; la seringue et l'aiguille sont bouillies. La solution de quinine, stérilisée, est hermétiquement close dans une ampoule de verre contenant exactement la quantité nécessaire à une seule injection. Après avoir formé un pli cutané avec le pouce et l'index gauche, on enfonce l'aiguille dans le tissu cellulaire sous-cutané. La piqûre est peu douloureuse. C'est lorsqu'on pousse le liquide dans le tissu sous-dermique que la douleur est parfois assez vive ; mais elle cesse en même temps que la pénétration du liquide sous la peau. On retire vivement l'aiguille en comprimant la peau avec l'index gauche et on met sur la piqûre une goutte de collodion. En suivant cette méthode, on n'a jamais d'abcès. Ces piqûres sont faites pendant dix jours consécutifs, on les suspend dix jours, puis on recommence une nouvelle série. La piqûre peut contenir, *pro die*, de 0 gr. 15 à 0 gr. 30 ou 0 gr. 50 par jour. Le sel employé est le bromhydrate de quinine qui est parfaitement soluble. Cette méthode a sur celle de l'administration buccale l'immense avantage de laisser intactes les voies digestives, ce qui permet à la quinine de conserver toute sa puissance et de rendre aux malades l'appétit qu'ils ont presque toujours perdu.

Des observations publiées par M. Valatx, il résulte que, sous l'influence de cette médication, tous les symptômes que présentent les malades se sont rapidement amendés, mais que la lésion elle-même ne rétrocède pas à proprement parler. Elle se nettoie, se déterge, donne lieu à des écoulements bien moins abondants et moins fétides, mais elle ne rétrocède pas et continue à progresser, quoique plus lentement.

Comment agit la quinine dans ce cas ? Ce médicament possède, comme on sait, une valeur antiseptique extrême : elle exerce sur les organismes inférieurs une action toxique des plus énergiques ; de plus, elle ralentit considérablement les combustions organiques, elle détermine une vaso-constriction générale, elle est antithermique.

D'autre part, les leucocytes possèdent, comme on sait, la fonction phagocytaire. Cette fonction s'accomplit au moyen des ferments — les cytases ou alexines — qui permettent la digestion des substances étrangères par les leucocytes ; elle n'est possible que si les phagocytes peuvent arriver au contact des corps étran-

gers, autrement dit que si la chimiotaxie de ces corps n'est pas négative.

Ceci étant posé, comment agit la quinine ? M. Jaboulay pense que la quinine agit par son action antiseptique. M. Vincent estime que l'action atrophiante de la quinine est due à l'excitation des éléments musculaires lisses des petits vaisseaux, excitation qui a pour résultat d' « affamer » la tumeur ; M. Lépine admet l'action antiseptique de la quinine, mais suppose de plus que cette substance agit en diminuant la quantité des sucs plasmatiques. En somme, pour un certain nombre d'auteurs, le parasite du cancer est sinon détruit définitivement, du moins affaibli et diminué dans sa virulence sous l'action de la quinine.

TRAITEMENT DE LA TOUX UTÉRINE

(Léon Archambault.)

On la calmera par le repos au lit ou à la chaise longue et on mettra en usage les calmants habituels, en particulier l'opium, qui a une action élective sur l'utérus, l'hamamelis ou le viburnum :

Teinture de Viburnum prunifolium.......	āā XX gouttes
Teinture d'Hamamelis virginica...........	
Elixir de Garus............................	20 grammes
Eau de cannelle............................	āā 90 —
Eau de tilleul.............................	

Pour une cuillerée à soupe toutes les 2 heures.

On se trouvera bien de l'application d'un ovule sédatif sur le col, par exemple :

Extrait d'opium............................	āā 0 gr. 05
Extrait de belladone.......................	
Chlorhydrate de cocaïne....................	
Glycérine..................................	Q. S. pour *un ovule*
Gélose.....................................	
Bromure de zinc............................	āā 0 gr. 50
Valérianate de zinc........................	
Conserves de roses.........................	Q.S. pour 10 pilules

De 1 à 3 pilules.

Au moment de la menstruation, la toux sera traitée par tout ce qui peut régulariser la fonction cataméniale. Pédiluves, sinapismes et ventouses sur les lombes, injections à 45° avec la canule à double courant d'Auvard, *avant* ; apiol (0 gr. 10 à 0 gr. 20), teinture d'iode (X à XV gouttes), ou, au contraire, ergotine et hamamelis, *après*.

Pour les laryngites consécutives et réflexes qui surviennent au début des règles, je me sers de fumigations avec :



Menthol..............................	4	grammes
Essence de melaleuca................	1	—
Huile d'olive.........................	100	—

Une cuillerée à café dans une cuvette d'eau chaude.

L'asthme utérin relèvera des préparations à base de datura ou de belladone : et c'est là que les sédatifs du système nerveux pourront être administrés, en particulier le chloral et le bromure ou l'association des deux médicaments.

LE PANSEMENT UTÉRIN AU NOUET

(S. Leduc).

Tel est le nom que donne l'auteur à ce topique, qu'il juge supérieur au pansement au tampon :

Pour guérir rapidement les ulcérations du col utérin ; la plupart des métrites, périmétrites et salpingites ; pour faire diminuer les fibromes, cesser les hémorrhagies et les douleurs ; pour combattre les hémorrhagies et les douleurs du cancer utérin.

Le nouet offre un procédé avantageux de contention et de guérison de certains prolapsus. Il ne présente ni dangers, ni inconvénients. Il mérite d'être employé avant de mettre en œuvre les traitements chirurgicaux.

Comment procède-t-on à ce pansement ? On prend une feuille de coton, grande comme la paume de la main. Au milieu de cette feuille on dépose, gros comme une noisette de la pommade suivante :

Ichtyol..................... } Airol....................... }	de chaque 6 gram.
Glycérine..................	20 grammes.
Vaseline...................	100 grammes.

On enferme, par un nœud, cette pommade dans la feuille de coton ; on coupe avec des ciseaux, le coton au-dessus du nœud, puis on recouvre complètement le nouet avec la pommade boriquée pour pouvoir l'introduire facilement jusqu'au fond du vagin. S'il existe des douleurs chez la personne on ajoute à la pommade ci-dessus formulée : 1 gramme d'extrait de belladone et 40 centigrammes d'extrait d'opium. Sous l'influence de la chaleur du canal vaginal, la pommade fond et le nouet y éprouve une pression qui réduit lentement son volume. Cette pression favorise l'imprégnation du nouet qui s'exprime peu à peu, d'où résulte un courant médicamenteux vers la surface malade.

Le nouet ne constitue pas seulement un traitement de surface, son action est marquée et rapide dans les affections profondes, ce qui prouve que les médicaments dont il est imprégné sont absorbés.

Dans les cancers inopérables, la formule de la pommade peut-

être modifiée ; on y introduit du tanin ou de l'orthoforme à la dose de 5 à 10 pour cent.

La vaseline peut aussi, en cas d'hémorrhagie, y être remplacée par une solution de 5 à 10 pour cent de gélatine.

Dans les cas de prolapsus légers, le pansement au nouet avec une pommade au tanin maintient souvent mieux que le pessaire sur lequel il a, au surplus, l'avantage de guérir les ulcérations au lieu de les provoquer.

Ordinairement, après quelques mois, les organes se maintiennent sans pansement et la guérison est obtenue.

Le nouet est introduit, 2 fois par jour. Son introduction est précédée d'une grande injection chaude d'eau bouillie. Dr N. D.

TRAITEMENT DU GOITRE PAR LES INJECTIONS DE TEINTURE D'IODE.

(DUGUET.)

La seringue employée est la seringue ordinaire de Pravaz ; les aiguilles sont flambées, la peau du cou soigneusement nettoyée.

L'injection ne doit se faire que sur le sujet assis, le malade se trouvant face à l'opérateur ; ce dernier reconnaît d'abord la tumeur ; ce détail paraît tout d'abord suranné, mais, en pratique, il faut parfois une grande habitude pour reconnaître certaines tumeurs thyroïdiennes fort légères, se confondant, surtout chez une femme ayant un certain embonpoint, avec le tissu graisseux. Pour la mettre bien en évidence, il suffit d'ordonner au sujet un mouvement de déglutition ; le larynx, grâce à ce mouvement, remonte sur la base du maxillaire inférieur, entraînant avec lui la tumeur qui lui est solidement attachée. Celle-ci est alors saisie entre le pouce et l'index de la main gauche, comprimée légèrement de façon à l'énucléer un peu et à lui faire projeter une saillie. De la main droite, l'aiguille, saisie par l'embout, est franchement et perpendiculairement enfoncée. C'est là un temps qui, très facile pour les hypertrophies volumineuses, demande un certain doigté que l'habitude donne rapidement, lorsqu'il s'agit de légers goîtres et peu accentués.

La grande, la seule précaution presque à prendre, consiste à ne jamais enfoncer l'aiguille surmontée de la seringue, mais toujours à n'ajuster la seringue qu'une fois l'aiguille bien en place.

De la sorte on évite l'injection dans un vaisseau ; dès que l'aiguille en effet aura perforé la paroi d'une veine thyroïdienne l'on verra perler une goutte de sang à l'orifice ; rien ne sera plus facile que de retirer l'aiguille et de pratiquer l'injection en quelque autre place.

Elle devra être poussée très lentement en ne cessant de regarder le visage du sujet ; ce dernier exprime-t-il une souffrance trop vive, l'on arrêtera l'opération. La plupart du temps, les ma-

lades reçoivent sans inconvénient la seringue entière de liquide ; seules, les tumeurs légères ne reçoivent qu'une demi-injection ou qu'un quart de seringue. Le premier effet de l'injection est de provoquer une toux sèche et opiniâtre, une toux réflexe ; pour combattre ce réflexe, à la consultation de Lariboisière, le sujet reçoit à boire immédiatement après l'injection un quart de verre de vin sucré, ce qui, forçant à la déglutition, empêche, par un réflexe surajouté, le réflexe de la toux de se produire.

Assez fréquemment, le sujet ressent au moment de l'injection et subsistant quelques minutes après, une douleur assez vive avec irradiation fort nette à l'oreille du côté où l'on a pratiqué l'injection. Cette douleur aiguë cède assez rapidement ; elle n'est d'ailleurs aucunement comparable aux souffrances sourdes et diffuses ressenties parfois par le malade le lendemain de l'injection et les jours suivants, indice du processus inflammatoire que celle-ci détermine dans l'intimité du tissu.

Quant aux accidents plus graves dont on a parlé et dont on fait autant d'objections à la méthode, ils n'ont jamais été constatés par M. Duguet.

OBSTÉTRIQUE

LE CURETAGE DIGITAL ET L'INFECTION PUERPÉRALE

Professeur Budin.

Voici comment M. Budin expose le traitement préventif de l'infection puerpérale chez les femmes dont l'utérus est suspect de retenir des débris de cotylédons ou de membranes :

« Comment fait-on le curage digital ? Il faut, après avoir pris les précautions antiseptiques usuelles et vidé les réservoirs, procéder à l'anesthésie et on met la patiente dans la position obstétricale. Une étoffe imperméable recouvre le lit ; elle conduit dans un grand récipient les liquides ayant servi à faire des injections.

« Une main ayant été introduite dans la cavité vaginale, un ou deux doigts pénètrent dans l'utérus ; l'autre main, placée sur l'abdomen, refoule de haut en bas la matrice. De cette façon, les parois de cet organe peuvent être facilement explorées. On détache les cotylédons, s'il en est resté, on enlève les débris de la caduque épaissie lorsqu'il y a eu, par exemple, un fœtus macéré. Le plus habituellement on trouve, au niveau de la surface d'insertion du placenta, des épaississements anormaux, parfois si considérables qu'on peut les prendre pour des portions de cotylédons adhérentes ; il existe là une hypertrophie des tissus qui se détachent sous la pression du doigt et forment alors comme de véritables stalactites descendant dans l'intérieur de l'organe. La main appliquée sur l'abdomen et qui maintient l'utérus solidement fixé permet

d'exercer des pressions répétées à l'aide desquelles on finit par détacher tous les tissus malades. On y parvient soit avec l'extrémité de l'index et du médius, soit avec leur bord radial. On répète cette manœuvre autant qu'il est nécessaire jusqu'à ce que toutes les parties flottantes aient été détachées.

« La main qui est sur l'abdomen, en même temps qu'elle fait contre-pression, permet exactement de se rendre compte de ce qui se produit au niveau de la paroi utérine. Etant donné la sensibilité des doigts, on opère toujours de la sorte avec sécurité, sans risquer de produire aucune perforation de l'organe.

« Lorsqu'on croit avoir séparé tous les tissus altérés, les doigts les entraînent à l'extérieur, puis on fait une injection intra-utérine avec une solution de sublimé à 1 p. 4000. Une exploration permet de constater que le nettoyage a été parfait ; sinon on procède à un nouveau curage digital.

« Ce nettoyage doit être complété par l'écouvillonnage. »

M. Budin fait usage de gros écouvillons en côtes de plumes qui sont très résistants. Les observations originales de notre habile confrère parisien prouvent que le nettoyage de la cavité de l'utérus peut être absolument complet.

M. Budin résume ainsi les indications fournies par sa pratique :

« Si on constate la présence de caillots plus ou moins altérés, plus ou moins odorants, et si on sent que partout la muqueuse utérine est lisse, sauf, bien entendu, au niveau de l'insertion placentaire où cependant les tissus sont fermes et résistants, il peut suffire d'enlever ces caillots et de faire des injections intra-utérines antiseptiques pour voir la température s'abaisser et la guérison complète survenir.

« Dans d'autres cas, le doigt qui a pénétré facilement dans l'intérieur de la matrice y constate la présence de débris de cotylédons ou de membranes, ou bien il trouve que la muqueuse utérine présente, au niveau de la surface d'insertion du placenta, des saillies plus ou moins accentuées, parfois friables et se laissant séparer de la paroi sous la pression de l'index. On peut être généralement assuré, dans ces cas, que la muqueuse utérine est infectée, et on doit recourir au curage digital suivi d'écouvillonnage. On voit alors consécutivement à cette intervention, la température s'abaisser, le pouls devenir moins fréquent et la malade guérir.

« Une des conditions du succès est l'intervention rapide ; il faut agir vite dès que les signes d'infection existent, surtout quand il s'est produit des hémorrhagies abondantes au moment de l'accouchement ou de la délivrance ; dans ces conditions, en effet, les malades offrent moins de résistance à l'infection. Si on attend trop, la guérison est plus lente. Les résultats obtenus sont logiques et rationnels.

« En faut-il conclure qu'on sauvera toujours les femmes ? Evidemment non. Si l'accouchée est malade depuis un certain nom-

bre de jours lorsqu'on l'examine pour la première fois, si elle est profondément infectée et si toute l'économie est envahie par les microbes ou les toxines, on pourra ne pas réussir à la sauver. » Enfin, si les membranes sont rompues depuis quelques jours, si le liquide amniotique est fétide, il faut à tout prix faire le *nettoyage prophylactique*.

« Le curage digital suivi d'écouvillonnage est une opération qui, sans présenter de danger, a l'immense avantage de sauver la vie d'une foule de femmes en danger de mort.

TRAITEMENT DES VARICES DES FEMMES ENCEINTES

(Maygrier).

Les femmes enceintes, atteintes de varices des membres inférieurs et des organes génitaux, doivent, avant toutes choses, répétons-le, être soumises au repos. Il faut, tout d'abord, qu'elles évitent la fatigue, la station debout; de plus, on exercera sur les membres inférieurs une compression à l'aide de bas élastiques ou avec une bande roulée de crêpe Velpeau.

Je sais qu'on a accusé la compression d'amener l'accouchement prématuré et l'avortement, mais de nombreuses observations montrent que ces assertions sont dénuées de fondement. Tous les accoucheurs, actuellement, admettent qu'il faut autant que possible pendant la grossesse, et surtout quand les varices apparaissent, faire, dès le début, porter des bas contensifs.

Contre les varices des organes génitaux, directement, il n'y a guère de remède. Lorsqu'elles sont très volumineuses, Tarnier conseille d'exercer une légère compression de la région à l'aide d'un bandage en T.

D'autre part, pour prévenir les complications on recommandera aux femmes, surtout si les varices offrent des dimensions considérables, d'éviter toute occasion ou cause de traumatisme, les grattages répétés, les rapports conjugaux, les secousses, les voyages en voitures exposant aux cahots, aux chutes à califourchon, etc.

En cas de phlébite, le traitement consiste dans le repos prolongé, le membre étant placé dans une gouttière, enveloppé d'ouate et joint d'un liniment calmant ; lorsque la douleur est vive, on se trouvera bien de l'enveloppement de la jambe malade dans de grandes compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque au cinquantième ou de décoction de têtes de pavots. La gouttière sera légèrement inclinée, la femme très surveillée, et on ne lui permettra de se lever que lorsque tout signe d'inflammation aura disparu.

Lorsqu'une hémorragie survient du fait de la rupture d'une veine variqueuse, on emploiera les moyens les plus prompts pour l'ar-

rêter ; compression digitale, tamponnement aseptique, application de serre-fines, forcipressure du sang, ligature de la veine. Il faut savoir que l'écoulement du sang qui a lieu par un orifice très minime, est très lent, mais continu, et qu'il amène par conséquent, presque fatalement, si on n'intervient pas à temps, la syncope et la mort.

Lorsqu'on est appelé à intervenir quand la femme a déjà perdu beaucoup de sang, il y aura encore quelque espoir de la ranimer en ayant recours aux injections intra-veineuses de sérum, qui causent parfois de véritables résurrections.

Je formulerai, en terminant, la conduite que vous devez suivre dans ces quelques recommandations :

Les varices des femmes enceintes ne sont jamais une affection négligeable. On doit surveiller ces malades et les soumettre au repos, pour les soustraire aux accidents plus ou moins graves auxquels les expose la fatigue, et quand se déclare une complication, il faut les secourir le plus tôt possible, surtout s'il s'agit d'une hémorrhagie qui sera immédiatement arrêtée par la compression exercée sur le point qui saigne.

NOTES PRATIQUES

Un nouveau procédé pour protéger le périnée pendant la période d'expulsion. — On sait que la pratique habituelle qui consiste d'abord à retenir la tête fœtale et ensuite à la diriger de façon à augmenter la déflexion est loin de réussir toujours à prévenir les déchirures des parties molles. I. Hofbauer (de Vienne), a imaginé un autre procédé qui paraît protéger le périnée d'une manière beaucoup plus efficace et que notre confrère décrit comme il suit :

La main droite étant posée à plat sur le périnée, sans que la fourchette cesse d'être visible, on exerce, comme d'habitude, une pression d'avant en arrière pour éloigner la tête autant que possible du plancher périnéal. Puis, lorsque la distension de l'anneau vulvaire a atteint un degré considérable et que l'angle postérieur de la grande fontanelle commence à se montrer à la vulve, la main qui embrasse dans sa concavité la tête fœtale fait effectuer à celle-ci une rotation de 40 degrés environ, à gauche ou à droite, suivant la position du dos.

Cette manœuvre, qui se réduit en somme à une rotation externe *anticipée* de la tête, a pour résultat de libérer, pour ainsi dire, les parties les plus distendues et les plus menacées du périnée et de localiser le maximum de tension sur les côtés de l'orifice vulvaire, lesquels n'ont subi jusque-là qu'une pression assez faible. En même temps, la circulation, fortement gênée au niveau du plancher périnéal, devient plus libre et l'afflux du sang vers les parties médianes permet aux tissus anémiés et durcis de reprendre en grande partie leur souplesse et leur élasticité.

M. Hofbauer utilise le même moyen dans les cas d'application de forceps. La tête est d'abord dégagée suivant les règles habituelles ; puis, au moment où la fontanelle antérieure vient de franchir l'orifice vulvaire, on enlève l'instrument et on procède à la rotation manuelle, telle que nous l'avons exposée ci-dessus, à moins que l'on ne préfère l'exécuter à l'aide du forceps.

Enfin, la pratique en question est également susceptible de rendre service dans les présentations du siège, où la rotation peut — cela va de soi — être effectuée dans n'importe quel sens. Avec l'index et le médius de la main appliquée sur le cou de fœtus

pour la manœuvre de Mauriceau, on fait subir à la tête la rotation dès que le front déborde l'anneau vulvaire ; l'intervention se trouve facilitée par l'action de l'index de l'autre main, qui prend appui sur le maxillaire inférieur.

Traitement chirurgical de l'ascite. — Il y a quelques années, M. Talma a proposé de traiter l'ascite par la suture du péritoine à la paroi abdominale, en vue de créer une voie de circulation collatérale, destinée à neutraliser la compression des veines par la sclérose du foie. La proposition de M. Talma fut prise en considération, et il existe aujourd'hui une quinzaine de cas de cirrhose du foie traités de cette façon.

Cette question de *traitement chirurgical de l'ascite* a été soulevée à la dernière séance de la *Société clinique de Londres* (séance du 11 octobre 1901) par M. Mansell Moullin, qui a apporté une statistique personnelle de cinq cas.

Dans tous ces cas de cirrhose avec ascite, M. Mansell Moullin a fait la suture du grand épiploon à la paroi abdominale. Sur ces cinq opérés, deux ont succombé : un, quatre semaines après l'opération, de pleurésie ; l'autre, d'épuisement, huit jours après l'intervention. Dans ces deux cas l'opération a été faite trop tard.

Sur les trois autres opérés, qui ont quitté l'hôpital au bout de quelque temps, un a été privé de vue. Les deux autres sont encore en vie et ont repris leurs occupations, cela deux ans après l'opération.

Quant aux résultats de cette opération, M. Mansell Moullin estime que l'ascite étant d'origine mécanique, l'intervention en question ne peut pas amener la guérison complète. Jusqu'à présent, à en juger par les cas qui ont été publiés, la mortalité opératoire est assez élevée. Mais tout porte à croire, que lorsque les cas seront mieux choisis et que l'on interviendra de meilleure heure, la mortalité ne sera pas plus élevée que dans les laparotomies exploratrices.

Pour ce qui est de la technique opératoire, M. Mansell Moullin recommande l'incision médiane qui permet d'atteindre toute la face supérieure du foie et de fixer le grand épiploon au moyen de sutures passant par la paroi abdominale et le péritoine pariétal. Le drainage est inutile, voire même dangereux, car il prédispose à l'infection. Comme le liquide s'accumule dans la partie inférieure de la cavité abdominale, il ne gêne pas la formation des adhérences. S'il se reproduisait en grande quantité, comme cela a eu lieu chez les opérés qui ont guéri, on peut le retirer par une ponction.

Ajoutons que, d'après M. Compbell Thomson, il faudrait établir une distinction entre les cas dans lesquels l'ascite est due directement à la cirrhose du foie, et les cas dans lesquels elle relève d'une péritonite provoquée par la cirrhose. C'est dans les cas du second groupe que l'opération donne de bons résultats, en amenant l'oblitération de la cavité péritonéale par des adhérences, mécanisme qu'on retrouve dans la guérison de certaines pleurésies.

Cette distinction entre les cas de cirrhose pure et les cas accompagnés de péritonite, paraît à M. Sansom bien difficile à établir au point de vue clinique. La cirrhose est un état morbide complexe, et M. Sansom ne pense pas que l'opération réussisse toujours dans un certain nombre de cas et échoue dans d'autres.

Traitement de la dysenterie aiguë des enfants par les lavements d'eau oxygénée. (Rocaz). Les médications internes préconisées (purgatifs, ipéca, opium, réussissent généralement dans les cas légers, mais échouent dans les formes graves dans lesquelles on a surtout conseillé les lavements médicamenteux destinés à agir sur les ulcérations du gros intestin. Le nitrate d'argent est encore en vogue, mais il est d'un maniement difficile. M. Rocaz a employé, dans une épidémie grave de dysenterie aiguë qui a sévi dans les environs de Bordeaux l'eau oxygénée en deux ou trois lavements quotidiens. Il a employé de l'eau oxygénée à 10 volumes étendue de cinq fois son volume d'eau stérilisée tiède.

Ces lavements antiseptiques étaient autant que possible précédés d'un grand lavement évacuateur. La quantité de liquide injecté dans le rectum est naturellement surbordonnée à l'âge du malade, mais elle l'était encore davantage à la tolérance du gros intestin. Il est évident, en effet, que pour être efficace ce lavement doit être gardé le plus longtemps possible ; il doit, en outre, pénétrer profondément et, dans ce but, il est bon d'employer une sonde un peu longue, mais très souple, car il ne faut pas oublier, en effet, que le maximum des lésions dysentériques siège au niveau du rectum et que tout traumatisme de cette région est très douloureux, sinon dangereux. Enfin, il

est bon de faire coucher les malades après l'administration du lavement, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, afin que le liquide puisse baigner tout le côlon.

Administrés avec ces précautions, les lavements d'eau oxygénée sont très facilement supportés : ils ne provoquent aucune douleur, et M. Rocaz a pu en faire administrer une cinquantaine à une fillette de huit ans, sans qu'elle s'en fût jamais plainte.

M. Rocaz a pu communiquer les résultats suivants à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Sur une dizaine de malades de deux à douze ans, les bons effets du traitement se sont fait sentir dès les deux ou trois premiers jours. Les selles ont vite changé d'aspect, renfermaient moins de pus et de sang ; elles étaient de moins en moins fréquentes et le sphincter reprenait sa tonicité. Pour être sûr de la guérison, il est nécessaire de continuer la médication quelques jours après la disparition des accidents.

M. Rocaz croit que les lavements d'eau oxygénée sont particulièrement indiqués dans les formes graves.

Traitement du muguet et de la stomatite fétide des enfants. — Les médicaments préconisés par divers auteurs contre le muguet des enfants sont innombrables ; mais si dans les cas légers n'importe lequel de ces traitements réussit, il n'en est pas de même dans les cas graves où la plupart de ces médications échouent. M. E. Vladimirof trouve que parmi tous ces remèdes le nitrate d'argent est encore celui qui donne les meilleurs résultats, même dans les cas les plus graves. Il se sert de la solution à 2%, mais il importe surtout de bien essuyer la muqueuse pour enlever les plaques avant d'appliquer le nitrate ; au besoin il faut même exercer une friction assez énergique et ne pas craindre de provoquer une légère hémorrhagie qu'on arrête d'ailleurs facilement par la compression à l'aide d'un tampon d'ouate.

La muqueuse étant bien nettoyée, on pratique les badigeonnages, en ayant soin de faire immédiatement suivre le badigeonnage au nitrate d'argent par celui de chlorure de sodium (comme dans l'ophtalmie). Ces badigeonnages sont pratiqués une fois par jour, et généralement 2 à 3 séances suffisent pour obtenir la guérison, même dans les cas rebelles à toutes les autres médications.

Dans la stomatite fétide, l'auteur a eu à se louer de l'emploi de la « teinture d'iode » à laquelle il recourt depuis cinq ans.

La cavité buccale étant bien rincée, on essuie soigneusement les ulcérations avec des tampons d'ouate, de façon à enlever tout le pus qui en couvre le fond. On badigeonne ensuite à plusieurs reprises les ulcérations à l'aide d'un pinceau d'ouate, avec de la teinture d'iode, en ayant soin de faire rincer avec de l'eau la bouche de l'enfant après chaque badigeonnage. Les badigeonnages doivent être faits jusqu'à ce que la muqueuse prenne une teinte bronzée.

Les insufflations d'orthoforme contre la coqueluche.— Spiess traite avec succès la coqueluche par insufflation dans la gorge, au moyen d'un insufflateur à boule, de petites quantités d'orthoforme finement pulvérisé. Pour ce faire, on introduit la canule de l'insufflateur entre les lèvres du malade, on l'invite à inspirer profondément et, au moment où il exécute ce mouvement inspiratoire, on presse légèrement sur la boule de l'instrument, de façon à projeter dans la gorge un fin nuage de poussière d'orthoforme.

Lorsqu'il s'agit d'enfants indociles ou de nourrissons, on est obligé de pincer le nez du petit malade et d'insuffler l'orthoforme pendant une inspiration buccale. Chez les enfants âgés de trois ans et plus, l'auteur fait répéter toutes les deux heures une série de trois ou quatre insufflations dans les vingt-quatre heures. Ce traitement, qu'on peut, au besoin, associer à l'usage interne de la belladone, de la quinine et de l'antipyrine, doit être continué quelque temps après la cessation de la période dite convulsive de la coqueluche, les insufflations étant pratiquées alors à des intervalles de plus en plus espacés.

Les résultats favorables que l'auteur a obtenus avec ce procédé thérapeutique sont dus à l'action anesthésiante exercée par l'orthoforme sur la muqueuse laryngo-trachéale, action qui empêche le spasme glottique de se produire ou, au moins, en diminue la fréquence ou l'intensité.

Le médecin qui voudrait expérimenter le traitement de la coqueluche préconisé par l'auteur devra se souvenir que l'orthoforme, parfaitement toléré par certains sujets, détermine chez d'autres des phénomènes d'irritation qui s'opposent à l'emploi de ce médicament. On sait, en effet, que des cas d'intolérance à l'égard de l'orthoforme ont souvent été signalés dans ces derniers temps.

FORMULAIRE

Contre l'anémie des adolescents.

(G. Lyon.)

Poudre de safran de mars		
— de rhubarbe....	àâ 0 gr. 10	
Sucre vanillé...........		

Pour un paquet, à prendre mélangé à de la confiture.

Traitement des oxyures vermiculaires.

(Deguy.)

Rien de si simple au premier abord que de débarrasser l'enfant de ces vers minuscules, et cependant, combien d'échecs n'éprouve-t-on pas en pratique. C'est qu'on ne tient pas assez compte que c'est non seulement le rectum et le gros intestin qui servent d'habitat à ces parasites, mais aussi la dernière portion de l'intestin grêle. Aussi, il faut un double traitement: général de tout l'intestin, et local du rectum. La manière la plus simple et la plus sûre est la suivante : Purger déjà l'enfant avec une dose de calomel en rapport avec son âge, et le mettre au régime lacté. Ce traitement prémonitoire de 24 heures débarrasse déjà complètement l'intestin des matières fécales et favorisera l'action des médicaments vermifuges qui pourront atteindre plus facilement le parasite.

Pendant les deux jours qui suivront, on administrera de la santonine ou du semen-contra :

Santonine.......... 0 gr. 05

Pour un paquet le matin à jeun.
ou bien :

Semen-contra...... 3 gr.

Faire infuser dans 100 grammes d'eau bouillante et ajouter 20 grammes de sirop de mousse de Corse.

Ce simple traitement de 3 jours aura presque à coup sûr débarrassé l'intestin du parasite ; mais celui-ci, les femelles principalement, sera encore dans le rectum qui est son habitat de prédilection et où les vermifuges l'atteignent difficilement. Aussi il convient à ce moment de faire un traitement local qui le détruira et débarrassera l'enfant. Pour cela, on a recours soit à des suppositoires, selon une des formules :

Calomel............	0 gr. 10
Beurre de cacao....	2 —

ou :

Onguent mercuriel double...........	0 gr. 10
Beurre de cacao....	2 —

soit à des pommades introduites aussi profondément que possible dans l'anus avec le doigt, selon une des formules suivantes :

I. Calomel............	3 gr.
Vaseline............	30 —

ou :

II. Oxyde jaune de mercure................	0 gr. 30
Vaseline.........	àâ 15 —
Lanoline	

La méthode des lavements nous paraît de beaucoup préférable. En voici quelques formules que nous empruntons à M. Comby :

1. Tanaisie............	2 gr.	
Infuser dans eau ...	200 —	
Ajouter glycérine...	20 —	
II. Menthol	0 —	25
Huile...............	60 —	
III. Santonine...........	0 —	50
Infuser dans eau...	150 —	

Pour notre part, nous préférons le lavement au nitrate d'argent employé ainsi : Faire d'abord un lavement évacuateur pour débarrasser l'ampoule rectale des matières fécales, puis ensuite donner un lavement de nitrate d'argent au 200e que l'on laissera 5 minutes environ, et enfin neutraliser l'excès de nitrate d'argent par une injection d'eau salée.

Il est exceptionnel que ce traitement échoue, mais il demande quatre jours. (*Journal des Praticiens.*)

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

OBSTÉTRIQUE

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES FŒTUS ABORTIFS EN DEHORS DE TOUTE INTERVENTION,

par E. Bonnaire, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Accoucheur de Lariboisière (1).

Parmi les nombreux cas d'avortement que j'ai eu l'occasion d'observer dans les diverses maternités des hôpitaux, il m'est arrivé à maintes reprises de relever, sur le produit de conception, l'existence de désordres périphériques offrant à première vue l'apparence d'une étiologie traumatique.

Les lésions que j'ai pu ainsi observer sont des plus variées : arrachements de membres ou de la tête, fractures, plaies cutanées avec larges décollements, déchirures musculaires allant parfois jusqu'à l'ouverture des grandes cavités splanchniques, etc. Ceux de ces traumatismes qui sont liés aux manœuvres d'extraction des fœtus effectuées par la main des médecins mêmes, n'offrent guère d'intérêt au point de vue médico-légal. Mais, il n'en est pas de même pour les lésions périphériques du fœtus que l'on peut rencontrer dans l'avortement spontanément terminé. Celles-ci ne semblent guère avoir attiré jusqu'ici l'attention des spécialistes ; aussi avons-nous lu avec grand intérêt une observation de cette nature due au Dr Lepage et rapportée dans le Traité de Brouardel sur l'avortement à l'occasion de laquelle notre collègue avait eu à dresser un rapport médico-légal et avait conclu à la production spontanée des plaies craniennes.

En présence des premiers faits de désordres anatomiques superficiels ou profonds que j'ai eus à observer sur le fœtus, j'ai eu grande tendance d'admettre comme cause uniforme la pratique de manœuvres abortives à l'aide d'instruments piquants ou tranchants, et certainement, en persistant dans cette interprétation, je ne me serais trompé qu'au point de vue de l'exclusivisme. Mais, et c'est là la raison qui m'amène devant la Société de médecine légale, il est des faits dans lesquels où, malgré l'apparence d'une intervention criminelle, les lésions dont le fœtus expulsé est porteur sont incontestablement d'origine spontanée.

Selon le moment et le mode de production de ces désordres traumatiques, je les diviserai en deux groupes : ceux qui prennent naissance au cours de la grossesse avant tout début de travail, et ceux qui sont le résultat de l'expulsion de l'embryon dans le travail de l'avortement.

(1) Mémoire communiqué à la Société de médecine légale de France. Séance du 10 mars 1902.

En mars 1901, j'ai eu l'occasion de présenter à la Société d'Obstétrique de Paris un exemple typique de dilacération fœtale ressortissant du premier de ces deux groupes. Il s'agissait d'une femme reçue dans nos services de Lariboisière pour une retroversion-rétroflexion complète de l'utérus gravide de 3 mois 1/2 environ. Le fond de l'organe avait basculé en bas et en arrière, à tel point que le col était absolument inaccessible au-dessus de la symphyse du pubis, il eût donc été impossible à la main la mieux exercée de faire pénétrer un instrument vulnérant jusque dans la cavité du corps de l'utérus. J'obtins néanmoins la réduction de cette déviation sans avoir recours à la moindre manœuvre digitale. Aussitôt après la reposition, il se produisit un écoulement continu d'un mélange de sang et d'eau. La malade quitte l'hôpital en cet état, pour rentrer 24 heures après sa sortie en plein travail d'avortement. L'embryon était presque en totalité descendu dans le vagin et mon interne n'eut à faire que quelques tractions digitales pour l'amener au dehors. Je n'ai qu'à reproduire ici la description que j'ai déjà publiée de cette pièce anatomique :

L'examen du fœtus nous montre les particularités suivantes : il est fortement momifié et offre les dimensions d'un fœtus du terme de 3 mois à 3 mois 1/2. La paroi thoracique présente une double division de part et d'autre du sternum ; la paroi antérieure du médiastin est donc conservée ; mais elle est déformée par torsion du cartilage sternal.

Du côté gauche, les côtes ont conservé leur orientation normale, mais, à droite, elles sont considérablement déviées : elles sont redressées de bas en haut et de dehors en dedans et affectent une disposition presque verticale. Les plèvres pariétales et le feuillet extérieur du péricade font défaut ; le diaphragme a disparu, sauf en arrière.

Les parois antéro-latérales de l'abdomen se réduisent à deux minces languettes sans dentelures apparentes sur leurs bords qui longent la colonne vertébrale. Les parois se rejoignent en bas et en avant en dessinant un V dont le sommet répond au pubis. Les intestins, le foie et la rate flottent librement, privés de la majeure partie de leurs attaches péritonéales.

En outre de la déviation de la moitié droite du thorax, le squelette nous offre les malformations suivantes : le rachis est fortement incurvé en S à courbures latérales ; la convexité de la scoliose supérieure est tournée vers la gauche, par compensation la courbure inférieure est saillante à droite.

Le massif pelvien semble avoir subi une très violente cons-

triction circulaire, comme si les os iliaques avaient été étranglés par un ruban ; si bien que les ailes iliaques sont concentriquement ramenées dans le voisinage l'une de l'autre et qu'elles ont tendance à se toucher par leurs épines antéro-supérieures. Dans son ensemble, le bassin affecte une forme tronc-conique dont la base répond à la circonférence bitrochantérienne.

Vu de dos, avec ses viscères abdominaux étalés en sens transversal et son bassin singulièrement réduit de volume, le petit fœtus offre l'aspect d'un batracien.

En présence de cette mutilation fœtale portant sur toute la hauteur de la paroi antérieure du thorax et du tronc, nous devons nous demander s'il ne s'agit pas ici de lésions produites par des manœuvres mutilatrices portées à l'intérieur de l'œuf. Nous ne pensons pas qu'il en ait été ainsi. La déviation complète de l'utérus en rétroversion et l'ascension du col au-dessus des pubis rendait impraticable la pénétration d'un instrument rigide à l'intérieur de l'utérus.

Nous ne pouvons même pas supposer que la rétroversion ait été consécutive à des tentatives abortives, car les malformations du squelette que nous venons de décrire ne sont pas de simples déviations, comme des faux plis qui auraient été imprimés au cadavre fœtal du fait de la rétroversion, produite après dilacération préalable du contenu de l'œuf.

S'il en eût été ainsi, la scoliose, le redressement des côtes, la strangulation circulaire du bassin, eussent disparu aussitôt après l'expulsion, tandis qu'il appert manifestement que ce sont là des effets d'un développement vicieux du squelette liés à une gêne dans l'attitude du fœtus.

Nous avons eu déjà l'occasion de présenter à la Société obstétricale et gynécologique de Paris un fœtus atteint de scoliose rachidienne et pelvienne. La malformation, dans cette observation, était le résultat d'une gêne apportée à l'expansion régulière du squelette, produite par un défaut du liquide amniotique. Nous estimons que dans le cas actuel l'étiologie est la même.

L'arrêt de développement et la destruction partielle des parois thoraco-abdominales, la déviation du squelette sont le résultat de deux éléments ; l'un, qui n'a joué qu'un rôle secondaire, est l'absence de matelas amniotique autour du fœtus ; l'autre est la plicature de la cavité utérine liée à la rétroflexion.

Les circonstances cliniques dans lesquelles s'est effectuée la reposition de l'utérus gravide dévié ayant été assez heureuses pour que nous n'ayons pas eu à exercer la moindre action mécanique sur cet organe et, partant, sur son contenu, sachant, en outre,

qu'aucune tentative de réduction n'avait été effectuée, en dehors de nous, avant l'admission de la femme à l'hôpital, nous n'hésitons pas à rejeter toute hypothèse de lésions produites de dehors en dedans ; nous attribuons la mort de l'œuf ainsi que son ouverture, les mutilations et déformations de son contenu, à une simple action de contact vicieux et de compression exercée par le muscle utérin du fait de sa rétroflexion.

La deuxième catégorie de traumatismes a trait aux lésions que peut déterminer sur le fœtus encore intact ou déjà altéré par la mort et la momification préalables l'effort des contractions utérines déployé pour insinuer et dégager le produit de conception à travers un col utérin insuffisamment ramolli, effacé et dilaté.

La pièce anatomique que je présente ici nous en fournit un exemple. Il s'agit d'un fœtus abortif que j'ai recueilli dans un service de Lariboisière le 16 décembre dernier. Il provient d'une femme secondigeste qui fut amenée en travail d'avortement. Les dernières règles datant du milieu d'août, la grossesse était donc du terme de 3 mois 1/2 à 4 mois au plus. A l'exploration digitale, nous trouvâmes le fœtus exactement plié en deux sur son plan latéral à mi-hauteur du tronc et presqu'entièrement dégagé hors du col utérin. Il fut aisément ramené en dehors par énucléation digitale et pour ainsi dire sans traction aucune.

Le fœtus, long de 21 centimètres, pèse 170 grammes. Ses tissus sont fermes, frais ; le développement d'une vaste suffusion ecchymotique en guise de bosse séro-sanguine, sur son plan latéral gauche, nous donne à penser qu'il vivait encore au début du travail. Nous sommes alors frappé de l'existence d'une lésion singulière : au niveau du flanc gauche, à travers un orifice circulaire offrant un diamètre de 1 centimètre 1/2 environ s'échappe un volumineux paquet d'anses intestinales. L'intestin n'offre aucune altération appréciable. Le pourtour de la plaie ne diffère pas dans son aspect du reste de la peau ecchymosée sur toute la paroi correspondante du tronc. Sur les membres pelviens et sur le dos, il existe plusieurs décollements du derme déchiré par lambeaux.

La plaie de la paroi abdominale était si nette que notre première idée fut d'admettre qu'un instrument piquant avait été introduit dans l'utérus dans le but d'interrompre la grossesse et avait ainsi directement lésé le fœtus. La femme cependant nous affirmait que son avortement était spontané : elle l'attribuait aux fatigues des soins du ménage, en particulier aux efforts qu'elle faisait pour monter des seaux de charbon à la hauteur d'un cinquième étage.

Pour m'assurer si pareille lésion pouvait prendre naissance au

cours d'un avortement spontané, j'eus recours à l'expérimentation.

Le 2 janvier, je recueillis dans mon service un fœtus abortif de 3 mois 1/2 environ, long de 25 centimètres et pesant 200 grammes. Il avait vraisemblablement succombé au cours de l'expulsion à en juger par la conservation intégrale de la tonicité demi-rigide de ses jeunes tissus. La pièce se trouvait donc dans les mêmes conditions de résistance et de dimensions que celle que nous avions recueillie précédemment. Je réalisai une sorte de segment inférieur de l'utérus artificiel à l'aide des deux mains d'un aide accolées l'une à l'autre en cupule, un léger écartement des deux bords cubitaux devait jouer le rôle de l'orifice cervical, avec cette différence que cette ouverture était elliptique, au lieu d'être arrondie comme celle du col. Je disposai le fœtus en attitude *conduplicato corpore* de façon que son flanc gauche reposât sur l'orifice intermanuel, puis, avec la pulpe de mes doigts agissant immédiatement sur les deux extrémités céphalique et pelvienne accolées l'une à l'autre, j'exerçai des pressions soutenues comme pour dégager le fœtus dans l'insterstice compris entre les deux mains de l'aide. Je ne tardai pas à percevoir, en même temps que mon assistant un craquement net, et, nous nous aperçûmes alors que le paquet intestinal avait fait éclater la paroi abdominale et faisait hernie au dehors. Les conditions anatomiques étaient, comme on peut en juger par l'examen de ces pièces expérimentales que je présente à côté de la pièce recueillie cliniquement, identiques à celles de cette dernière, avec cette différence que la plaie d'éclatement était cette fois elliptique, en boutonnière, au lieu d'affecter un contour arrondi.

J'ajoute que la pression de mes doigts et le contact des mains de mon aide avaient entraîné des décollements cutanés en lambeaux identiques, comme aspect, à ceux qui s'étaient produits sur le premier fœtus.

Une seconde expérience que je fis le 23 janvier, avec un fœtus frais de 4 mois, du poids de 320 grammes et par conséquent plus développé, avec le même dispositif expérimental, échoua complètement au point de vue de l'éclatement de la paroi abdominale. Il y eut simplement des décollements cutanés multiples, comme on peut le constater encore sur les pièces.

Ma troisième expérience fut instituée par moi, il y a quelques jours, avec un fœtus frais de 200 grammes. En procédant comme précédemment, j'obtins avec un peu plus d'insistance que dans ma première expérience, mais néanmoins sans grand effort, un éclatement des parois du tronc qui porta cette fois non sur l'abdo-

men, mais sur la cage thoracique, celle-ci éclata au niveau du 8e espace intercostal et à travers la fente longitudinale on peut voir encore le poumon faisant largement hernie au dehors.

Il me serait difficile d'apprécier en kilogrammes l'intensité de la force déployée par mes doigts pour déterminer ces lésions anatomiques. Je ne pense pas cependant que mon effort ait atteint le chiffre de 10 kilogrammes, si je considère que cette force était déployée à l'extrémité de mes doigts placés en demi-extension et que les deux mains associées de mon aide ne se dérobaient pas devant la pression des miennes. Etais-je ainsi dans les conditions dynamiques comparables à celles de l'avortement ? Je ne puis le dire, et mon embarras sur ce point se comprendra d'autant mieux qu'aucune expérience toco-dynamométrique n'a été, à ma connaissance, entreprise sur l'utérus en travail d'avortement, et qu'il est probable que la variabilité de l'effort de l'utérus est tout aussi accusée avant terme qu'au terme de la grossesse, époque à laquelle les auteurs l'ont vue osciller de 5 à 20 kilogrammes.

Quoi qu'il en soit, et c'est là le point que j'ai voulu exposer ici, il est possible de réaliser, par l'hyperflexion latérale du tronc du fœtus et par le tassement de celui-ci à travers une cupule perforée, des désordres identiques à ceux que la nature peut effectuer à elle seule en clinique. Je conclus donc, malgré l'apparence suspecte de prime abord que présentait l'éviscération partielle du fœtus spontanément expulsé, qu'il ne s'agit là que d'une altération fortuite et absolument indépendante de toute manœuvre criminelle. Comme conclusion générale, j'estime qu'il convient d'apporter les plus grandes réserves, lorsqu'on est appelé à se prononcer sur la nature étiologique d'un avortement d'après le simple examen des désordres anatomiques que peut offrir le fœtus.

QUELQUES OBSERVATIONS

Par M. le docteur Coromilas (d'Athènes).
Membre correspondant de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris.

La quinine en obstétrique.

Mme Hel. Em. Met., 21 ans, primipare, toujours bien portante, d'une bonne conformation, et régulièrement réglée. Rien à noter sur ses ascendants.

Durant les premiers mois de sa grossesse, elle avait assez souffert par suite des vomissements et d'inappétence.

29 juin 1899 : vers 1 heure du matin, elle avait éprouvé les premières douleurs de l'accouchement et à 10 h. 3/4, la délivrance avait eu lieu sans difficulté ; on avait pris toutes les précautions antiseptiques indiquées.

Comme la sage-femme avait touché plusieurs fois la parturiente, qu'elle donnait en même temps ses soins à d'autres clientes, je fis moi-même une injection antiseptique intra-utérine, ainsi que la toilette des organes génitaux externes et enfin je couvris la vulve, de gaze et de coton antiseptique. Les jours suivants, on fit 2 à 3 injections intra-vaginales dans 24 heures.

30, matin : apyrexie ; elle avait pris quelques centigrammes de quinine, que je prescrivais de prendre tous les matins. Soir, Apyrexie.

15 juillet : elle se porte bien, quoiqu'on ne lui ait pas donné la quinine.

21, matin : elle se porte bien.

Soir : 37,4. La quinine n'avait pas été donnée, malgré mon désir et mes recommandations.

8 h. du soir : petit frisson suivi d'une température 38,5.

Rien du côté des organes génitaux. Lochies physiologiques. Rien du côté du tube digestif, mais puisqu'elle n'était pas allée à la selle, on lui avait donné un lavement avec de la glycérine combinée à l'eau boriquée tiède, ce qui amena deux selles physiologiques. Je lui ai prescrit phénacétine à petites doses avec des toniques et de la valérianate de quinine, 1 gramme, qu'elle prit vers 2 heures du matin.

31, 8 h. du matin temp. 36,6. Elle ne se plaint pas de soif, ni de mal à la tête, ni d'inquiétude, elle se sent très bien. La forte pression ne provoque aucune douleur sur l'hypogastre.

Elle n'a presque pas de lochies et celles qu'elle a sont blanchâtres, sans aucune odeur, etc.

Soir. Elle se porte tout à fait bien, elle est gaie, contente, etc. Je lui prescris une faible dose d'ergotine dans du vin tonique et je recommandai de nouveau la quinine pour le lendemain matin.

4, 8 h. et 1/2 du matin : apyrexie. La quinine n'avait pas été donnée, ni l'ordonnance exécutée.

Midi : La température était, en ville, de 32 degrés *Celsius*. La parturiente éprouvait un peu de malaise ; les parents attribuant ce malaise à l'existence de substances fécaloïdes dans le tube digestif, lui avaient administré, sans me consulter, deux lavements de glycérine boriquée. Ces lavements n'ayant amené aucun résultat, ils avaient donné de l'huile de ricin à la parturiente qui quelques heures après, eut une diarrhée avec des coliques et du tenesme.

Vers 5 heures de l'après-midi, elle continuait à avoir du tenesme, petits frissons, temp. 39° ; langue saburrale, soif, etc. Organes génitaux physiologiques, lochies presque nulles. Sur ma demande

si on lui avait donné quelque chose, on m'avait répondu qu'on ne lui avait donné que le médicament que j'avais prescris la veille et que l'ordonnance n'avait été exécutée qu'à 11 h. et demie du matin.

Je supprime le médicament en question dont elle était sensée n'avoir pris que deux (2) cuillerées et je lui prescris des antipyrétiques et des astringents.

Minuit : temp. 37,4. Les évacuations diarrhéiques avec du tenesme avaient cessé depuis 2 heures de l'après-midi.

5, Matin : apyrexie. On me dit que la température avait commencé à s'abaisser depuis deux heures du matin. Quinine.

Soir : apyrexie. Pas du tout de lochies.

6 : apyrexie. Elle avait, me dit-on, pris de la quinine.

5 h. du soir : elle fut atteinte d'un petit frisson. Temp. 38,6.

8 h. du soir : temp. 38,3. Quinine pour le lendemain matin. La langue continue à être un peu saburrale et, contre son habitude, elle a un peu soif.

7 : elle a bien passé la nuit. Matin, temp. 37,2. Elle est calme, tranquille, etc.

Je partis pour Amsterdam, la confiant aux bons soins des confrères Aconomopoulos et Isakonas avec qui nous avions fait deux consultations qui nous avait persuadé qu'il s'agissait d'une fièvre puerpérale paludéenne, qui avait une tendance à prendre un caractère continuel de forme typhique, ou que nous nous trouvions en présence d'une fièvre pseudotyphoïde de nature paludéenne à laquelle il ne fallait pas laisser prendre une forme continuelle.

J'ai constaté plusieurs fois l'invasion d'une telle fièvre de laquelle j'ai pu enrayer la marche continuelle en administrant par petites doses des médicaments antiseptiques et antipyrétiques, tels que la quinine, la phénacétine ou le benzonaphtol, tantôt seul, tantôt combiné avec du musc ou de la caféine, suivant la force et la constitution de la parturiente. C'est ce qui me fit persister devant mes confrères, dans mon diagnostic, la marche, le traitement et le bon pronostic (1).

Malheureusement, pendant mon absence, cette fièvre avait pris le caractère d'une fièvre pseudotyphoïde dont la malade eut à souffrir pendant 15 jours.

Conclusions. — M'appuyant sur cette observation, ainsi que sur mes expériences personnelles, je suis, me semble-t-il, en droit de conclure :

1° Que les accoucheurs doivent administrer de suite, après la délivrance, 1 gramme de quinine et comme médicament contractif des organes génitaux des dames.

2° Aussitôt qu'on nous appelle près d'une parturiente fiévreuse,

(1) Voir comptes rendus du XIII° Congrès international de médecine. Paris 1900, section d'obstétrique, page 106.

après les examens des organes génitaux, nous devons nous enquérir minutieusement de l'histoire de la parturiente et l'examiner au point de vue du paludisme.

En pareils cas, les injections intra-utérines continuelles ou courtes, mais souvent répétées, ainsi que le curettage sans indications évidentes et sans combattre en même temps la cachexie paludéenne sont des moyens plus nuisibles qu'utiles.

L'EXAMEN OBSTÉTRICAL ET LA RÉPLÉTION VÉSICALE

M. Labusquière vient de mettre en évidence cette petite difficulté obstétricale en citant un cas tiré de sa pratique privée.

Notre confrère, lors d'un premier examen pratiqué 3 semaines avant l'accouchement chez une IIpare, a constaté une présentation du sommet en occipito-iliaque droite postérieure, la tête pointant nettement dans le détroit supérieur. Rappelé au moment du travail, il atteint difficilement le col, et a beau, en refoulant le plus possible le périnée, s'efforcer d'atteindre la partie fœtale, mais ne trouve absolument rien. Le détroit supérieur est libre ! « Assez déçu, prévoyant déjà des difficultés et ne sachant que trop avoir parlé de présentation du sommet, définitive, il se met en devoir de pratiquer le palper, non sans avoir demandé à la femme si, à un moment donné, l'enfant n'avait pas remué beaucoup plus que d'habitude. Réponse négative. A la palpation, il reconnaît bien le siège, haut vers l'hypocondre droit ; mais il a beau chercher, il ne trouve pas le pôle céphalique. Dans la région hypogastrique, la palpation ne donne que des sensations vagues. Recourant à l'auscultation, il retrouve les bruits du cœur dans le point où il avait, 3 semaines avant, perçu le maximum des doubles battements fœtaux, mais ces battements sont plus lointains, beaucoup plus faibles. D'autre part, le ventre paraît particulièrement volumineux, particulièrement étalé. S'agirait-il maintenant d'une présentation transversale ? De nouveau il palpe soigneusement et, à un palper, superficiel en quelque sorte, il reconnaît une différence de sensation très nette dans les régions sus et sous-hypogastriques, sensation particulière de rénitence au niveau de celle-ci. Il lui est alors aisé de constater une grosse tumeur médiane, indépendante de l'utérus, tumeur limitée et qu'il fait constater *de visu* à la garde, qui avait été aussi appelée : c'est nettement la vessie très distendue et qui remonte un peu au-dessus de l'ombilic. Il demande à la femme s'il y a longtemps qu'elle a uriné. Elle répond qu'elle a beaucoup uriné ces derniers temps et, en particulier, abondamment pendant la nuit dernière. Eh bien ! vous allez tâcher d'uriner, lui dit-il, et il la laisse seule avec la garde. Quelques minutes après on le rappelle, et la garde lui montre un

grand vase plein d'urine. La question suivante de la garde à Mme C...: « Pourquoi avez-vous tant tardé d'uriner », provoque cette réponse : « Mais je n'en éprouvais pas le besoin ». Il reprend son examen et cette fois, il est très vite rassuré : le volume du ventre a diminué, son étalement spécial a disparu, le maximum des battements fœtaux se retrouve vite à sa place ordinaire. *Toucher* : Col court largement entr'ouvert et une tête fœtale engagée. En outre, le plan fœtal est à droite et le diagnostic antérieur est confirmé. Accouchement facile ».

Après l'accouchement, on doit surveiller l'involution utérine. Pas mal de femmes ne ressentent nullement le besoin d'uriner pendant plusieurs heures *post-partum*. Ce retard de la sensation d'uriner provient de déplétion du ventre, du décubitus gardé par la malade et de la fatigue consécutive au travail.

Au point de vue qui nous occupe, cette surélévation utérine due à la réplétion vésicale peut parfaitement en imposer pour un défaut de rétraction de la matrice. Gardez-vous de cette erreur dans l'examen des accouchées et songez toujours qu'il est indispensable de bien vider la vessie.

M. le Dr Miguel Orellano vient précisément de vaincre une difficulté pratique qui survient dans ces cas quand on ne trouve point l'orifice de l'urèthre, malgré tous les points de repère signalés par les auteurs classiques.

Le procédé imaginé par l'auteur est le suivant : la femme étant couchée, on saisit de la main gauche une sonde en gomme dure n° 8 avec son mandrin et on lui donne la forme d'une sonde métallique de femme. On introduit dans le vagin l'index de la main droite et, avec l'extrémité de sa face palmaire, on cherche le centre du ligament sous-pubien. On retire alors la sonde sur la face palmaire du doigt et avec grande facilité dans la plupart des cas, on trouve l'urèthre.

Si on rencontre quelquefois des difficultés pour arriver au méat, cela est dû à ce que la vessie, distendue, tire sur l'urètre, et le fait remonter. Dans ce cas, le doigt qui est dans le vagin fait pression sur lui, et s'efforce de le ramener en bas : de cette façon, le cathétérisme est facile.

L'antisepsie est de rigueur et doit précéder le toucher.

M. Lambinon arrive à cette conclusion : La déplétion vésicale est indispensable dans tous les examens de la pratique obstétricale.

GYNÉCOLOGIE

—

DE LA LIGNE BRUNE ABDOMINALE

D'après M. le Dr Raoul Lehman.

On donne le nom de « ligne brune » à un dépôt de pigment qui se forme sur la ligne médiane de l'abdomen, au niveau du revêtement cutané.

L'étude de cette pigmentation n'est pas aussi aisée qu'on serait tenté de le croire. Les auteurs contemporains et les maîtres les plus distingués la considèrent comme un signe tellement vague et inconstant qu'il n'est guère possible d'en tirer une conclusion, de quelque utilité qu'elle soit en clinique.

Du côté des malades, leur ignorance même, en ce qui concerne le début et le développement de leur ligne, l'incapacité où ils sont de dire s'ils en ont eu une antérieurement, soit qu'ils n'aient jamais remarqué ce signe, soit que, considérant son existence comme une chose normale et sans conséquence, ils n'y aient guère prêté grande attention, rendent très laborieuses les investigations qu'on peut entreprendre à ce sujet. Seule, l'observation directe et personnelle était susceptible de fournir des documents sur lesquels M. Lehman a basé son intéressant travail (1) si l'on ajoute que les observations ont porté sur plus de mille lignes brunes, et que l'auteur s'est aidé, pour apprécier exactement les modifications que peut subir la pigmentation avant, pendant et après, tel ou tel état physiologiste d'une échelle de teintes numérotées, obtenues par l'aquarelle et reproduisant des multiples colorations présentées par la ligne brune, depuis les plus pâles et les plus claires jusqu'aux plus foncées et aux plus sombres, en passant par tous les tons intermédiaires, on peut se rendre compte de la conscience et de la méthode avec lesquelles ont été entreprises les recherches de M. le Dr Lehman.

Or, voici, très rapidement résumé par l'auteur lui-même, le résultat de cette patiente étude :

La ligne brune abdominale est un signe clinique. Elle s'observe à tout âge et dans les deux sexes.

Chez les filles, jusqu'à la puberté, elle coïncide fréquemment avec la constipation chronique. Jaune pâle et peu marquée, dans des cas où parfois rien ne semble la justifier en clinique, elle revêt souvent une vigueur spéciale, une teinte jaune roussâtre ou fauve : 1° dans les cas d'inflammation intestinale (constipation chronique, fièvre typhoïde, etc.) ; 2° dans la tuberculose générale ou

(1) Lehman. — De la ligne brune abdominale. (Thèse de Paris, 1901. G. Steinheil, éditeur).

même localisée (carreau, mal de Pott, bacillose pleuro-péritonéale, coxalgie, etc.) ; 3° à l'époque de la puberté.

Chez les filles, elle est toujours ombilico-pubienne. Mais dans des cas extrêmement rares de constipation chronique longtemps prolongée, par exemple, la ligne sous-ombilicale se prolonge au-dessus de l'ombilic en un trait fin très pâle et peu marqué.

Après la puberté, la ligne brune coïncide presque toujours avec l'aménorrhée, la dysménorrhée, les coliques utérines, les règles profuses et en général avec un trouble quelconque habituel de la menstruation.

La ligne brune disparaît chez les jeunes filles normalement réglées. Elle n'apparaît jamais au moment des époques pour disparaître sitôt après.

Dans l'état de puerpéralité, chez les primipares, c'est vers le 3e ou le 4e mois de la gestation que la ligne blanche commence à se pigmenter.

La ligne peut apparaître plus tardivement chez les blondes.

Aux premiers mois de la gestation, la ligne brune ne se distingue pas de celle d'une nullipare aménorrhéique.

Dans le cours de la grossesse, la ligne brune passe par toute une gamme de teintes, dont les principales sont : jaunâtre, jaune roussâtre, fauve, sépia, brun foncé, marron, chocolat, couleur de la peau de nègre. Ces dernières teintes s'observent surtout chez les femmes brunes.

A mesure qu'elle brunit, la ligne s'accroît en largeur. Elle atteint généralement chez la primipare de 4 à 5 millimètres, quelquefois davantage.

Au commencement du 7e mois de la gestation, la ligne ombilico-pubienne ayant contourné la cicatrice ombilicale, s'élève au-dessus de l'ombilic en un trait pâle et toujours plus étroit que la ligne ombilico-pubienne ; elle s'effile, pâlit et se perd le plus souvent à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde, auquel elle aboutit peu souvent.

Chez les multipares, le début de la ligne brune est plus tardif que chez les primipares.

On peut observer une ligne pubo-xiphoïdienne au début de la gestation, chez les multipares dont la nouvelle grossesse a surpris la précédente ligne brune, dès les premiers mois de sa régression.

La ligne brune des multipares atteint généralement de 6 à 8 millimètres de largeur, quelquefois davantage.

Les grandes multipares n'ont pas de ligne brune ; quelquefois elles en ont une extrêmement atténuée, dans les derniers mois de la gestation seulement. Quelquefois aussi elles n'ont qu'une trace imperceptible de leur ancienne pigmentation. Les grandes multipares dont la dernière grossesse est déjà ancienne (8 ou 10 ans par exemple, et plus) et qui redeviennent enceintes, ont une ligne brune analogue à celle des primipares.

Lorsqu'une multipare a toujours antérieurement avorté et que, pour la première fois, sa grossesse va jusqu'à terme, sa ligne brune se développe comme chez une primipare.

La ligne brune n'est quelquefois pas rectiligne : ses déviations coïncident avec les derniers mois de la gestation.

Les états pathologiques autres que la tuberculose, qui l'exagère souvent (albuminurie, syphilis, cardiopathies, auto-intoxication gravidique, etc.), n'ont aucune influence sur la ligne brune.

La présence d'une ligne abdominale très foncée, de couleur brun sépia, marron, chocolat, etc., sur l'abdomen, est pathognomonique de grossesse, aucun état physiologique ou pathologique n'étant capable de provoquer une pigmentation aussi vigoureuse que l'état de puerpéralité.

Les femmes très grasses n'ont pas de ligne brune. Elles la dissolvent dans leur tissu adipeux.

La ligne brune se renforce encore après l'expulsion du fœtus. Ce renforcement est probablement dû à ce que la paroi abdominale, en revenant sur elle-même, rapproche les uns des autres les corpuscules pigmentaires que la distension tenait éloignée et rendait ainsi peu visibles.

La rapidité de la régression pigmentaire est en raison inverse de l'intensité de la ligne, du teint foncé de la femme, du nombre de grossesses et surtout de l'allaitement.

La régression de la ligne brune est rapide chez les femmes qui avortent, ainsi que chez les blondes.

Chez les primipares, malgré l'allaitement, la ligne sus-ombilicale disparaît généralement dans les 6 mois qui suivent l'expulsion du fœtus, et la ligne sous-ombilicale 8 ou 10 après l'accouchement. Mais cette dernière persiste quelquefois plus longtemps chez les femmes très brunes qui ont nourri leur enfant et dont le retour de la fonction ovarienne a été retardé.

Chez les multipares, la lenteur de la régression pigmentaire est principalement subordonnée à l'allaitement, la ligne gardant une intensité relative tant que dure l'aménorrhée, qui elle-même persiste pendant toute la durée de l'allaitement.

La ligne brune des multipares qui ne nourrissent pas disparaît, en général, en peu de temps.

Bien que la pigmentation ombilico-pubienne pâlisse toujours dans de notables proportions, les multipares en conservent le plus souvent la trace, ainsi qu'un tatouage jaunâtre et peu marqué, pendant le reste de leur vie, même après la ménopause. La ligne sus-ombilicale disparaît toujours ; les exceptions à cette règle sont rares.

On peut activer la régression de la ligne brune par un savonnage à la brosse prolongé. L'élimination pigmentaire est ainsi favorisée par l'exagération de la circulation locale périphérique ainsi que par le décapage artificiel de l'épiderme.

La pigmentation de la ligne blanche n'a rien de commun avec

celle des seins. Souvent celui-ci existe lorsque celle-là fait défaut, et *vice versa*. Le début, le développement, l'intensité, la régression, etc., de la ligne brune ne coïncident presque jamais avec ceux de la pigmentation mammaire. Il y a indépendance absolue entre ces deux stigmates.

Les tumeurs des organes génitaux de la femme ne produisent la pigmentation de la ligne blanche que lorsqu'elles provoquent l'aménorrhée ou la dysménorrhée.

La ligne brune existe chez l'homme. Elle a chez lui la même étendue entre l'ombilic et le pubis, ainsi que le même aspect que chez les nullipares.

Comme chez les petites filles, la ligne ombilico-pubienne revêt, dans le sexe masculin, une intensité spéciale : 1° dans certains cas l'inflammation intestinale ; 2° dans la tuberculose générale ou localisée ; 3° à l'époque de la puberté.

La ligne sus-ombilicale ne s'observe chez l'homme que très rarement, et seulement dans des cas où la lésion qui en est la cause a une durée très prolongée.

Les sujets gras, ainsi que ceux qui ont de nombreux poils sur la ligne blanche, n'ont pas de ligne brune.

Les circonstances physiologiques ou pathologiques quelles qu'elles soient, qui ne produisent pas d'hyperhémie et de stase sanguine prolongée dans les capillaires de la peau, ne provoquent jamais la ligne brune.

La ligne brune paraît due à une hyperhémie abdominale favorisant la stase sanguine dans les capillaires de la peau.

La localisation du pigment sur la ligne médiane s'opère comme dans les cicatrices opératoires, la ligne blanche étant une cicatrice embryonnaire où les capillaires, rares et très fins, favorisent la mise en liberté de la matière colorante dont les cellules cutanées s'emparent pour élaborer le pigment.

La régression de la ligne brune s'opère par deux voies :

1° Par la circulation, lorsque la stase dans les capillaires est supprimée ;

2° Par desquamation épithéliale, lorsque les différentes couches de cellules ont subi la transformation cornée.

Le travail de M. Lehman est appuyé sur 460 observations personnelles dont les détails sont consignés dans huit tableaux où l'auteur a étudié successivement la ligne brune des filles avant la puberté, des nullipares, des primipares enceintes, des multipares enceintes, des primipares non enceintes, des multipares non-enceintes, des femmes ayant des tumeurs, et celle des hommes.

PÉDIATRIE

—

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE SIMPLE CHEZ L'ENFANT.

(DAGUSAN.)

Les vésicatoires sont à rejeter.

Si en même temps que la bronchite on note des phénomènes d'embarras gastrique, on pourra associer du jalap ou de la scammonée à l'ipéca.

M. Comby préconise de plus la potion suivante à prendre en 4 ou 5 fois dans l'espace d'une heure.

Sulfate de soude.	10 grammes.	Sirop simple....	10 grammes.
Tartre stibié.....	0,05 centigr.	Eau distillée...	120 grammes.

M. Saint-Philippe vante beaucoup l'iodure d'arsenic qu'il formule comme suit :

Iodure d'arsenic.	0,30 centigr.	Eau distillée.....	50 grammes.

Faire dissoudre à froid.

Débuter par cinq gouttes à chaque repas, augmenter d'une goutte matin et soir, et arriver progressivement à quinze et même vingt gouttes à chaque repas. Rester à la dose maxima pendant environ un mois. Redescendre en sens inverse et en suivant les mêmes proportions jusqu'à cinq. Se reposer huit à dix jours et recommencer comme avant.

Quant à tarir les sécrétions, on y arrive assez facilement par l'emploi des balsamiques : tolu, térébenthine, benjoin, ou par des astringents comme le tanin, l'extrait de ratanhia.

Dans le traitement général, on aura surtout en vue le tempérament du malade.

Le lymphatisme domine, avons-nous dit ; il faut le traiter par l'huile de foie de morue à hautes doses : 20, 30, 60 grammes par jour, si elle est bien supportée. Dans le cas contraire, la remplacer par du sirop iodo-tannique, mais donner toujours de l'iode, qui a une action reconstituante manifeste.

Aux rachitiques on donnera du phosphate de chaux, de l'huile phosphorée.

Aux débilités, du sirop d'iodure de fer, du protoxalate de fer. Les toniques ne doivent pas être négligés, mais sous cette dénomination nous nous en voudrions de comprendre les préparations plus ou moins en faveur dans le public et qui sont à rejeter comme étant à base d'alcool.

Enfin chez les enfants arthritiques on ordonnera les cures alcalines et arsenicales. Une saison au Mont-Dore, aux Eaux-Bonnes, à Royat, La Bourboule, Enghien, amènerait une grande améliora-

tion. Mais ce genre de traitement n'étant pas à la portée de tous, on fait prendre avec avantage des préparations arsenicales soit en granules, soit en solution, à la dose de 1 à 2 milligr. par jour.

Telles sont les règles générales du traitement. Mais ainsi formulé, il ne saurait être complet. Il faut faire intervenir l'hygiène.

Le malade doit être soumis à une alimentation choisie, substantielle et de digestion facile. Le lait, les œufs, les laitages, les purées de viande et de légumes en seront la base.

Pendant les poussées aiguës : séjour à la chambre et repos au lit.

Observation d'un enfant né avec 15 dents. 8 sur la mâchoire inférieure 7 sur la mâchoire supérieure et un vice de conformation du cœur.

Cette observation n'a d'autre importance que la rareté du nombre de dents qu'avait le fœtus. La dentition précoce est un phénomène qui n'est pas excessivement rare dans l'histoire médicale, soit que les enfants naissent avec des dents, soit que ces dents sortent de la gencive très promptement.

Eustachi, Colombo, Rauchier, Haller, en ont publié un certain nombre de cas. I. Franck cite les cas historiques de Richard III, roi d'Angleterre, de Louis XIV, de Mazarin, qui tous trois vinrent au monde avec plusieurs dents. Il en cite un exemple qu'il a observé lui-même. Bouchut avait constaté deux cas semblables, dont l'un d'un enfant venu au monde avec sept dents. Dartals (de Mons) vit un enfant naître avec deux incisives inférieures médianes. Sappey a observé une fille de trois mois qui avait déjà deux incisives moyennes et une incisive latérale droite à la mâchoire supérieure. Thore en a vu cinq exemples. Dr Andras Vargas, professeur des maladies des enfants à l'Université de Barcelone, a constaté le cas assez intéressant d'un nouveau-né qui était venu au monde avec une dent qu'il prit dès le début pour un néoplasme congénital. Les Drs R. C. Buist, of Dundée, Ballantyne, d'Edimbourgh et d'autres constatèrent également des cas pareils.

En présence de cas si nombreux relatés par d'illustres confrères, je me serais abstenu de vous présenter le mien, s'il n'offrait cette double particularité d'un très grand nombre de dents et d'un vice de conformation du cœur.

OBSERVATION.

Garçon bien conformé, bien développé, est né à terme et sans difficulté le 29 juin 1899, à 10 h. 3/4 du matin. A 10 h. 50 minutes, j'entrai dans la maison où je trouvai la sage-femme lui faisant la respiration artificielle : on me donne l'histoire suivante :

Aussitôt qu'il est venu au monde a fait des mouvements pour inspirer, mais en vain.

Teinte de la peau peu violacée, je débarrassai tout à fait les voies aériennes des mucosités, je l'ai transporté dans une autre chambre, j'appliquai la respiration artificielle et fis des frictions légères sur le dos, la poitrine et le ventre ; ensuite je fis des tractions rythmées de la langue à l'aide d'une pince Péan, suivant la méthode du docteur Laborde ; après quoi, je procédai à des insufflations pulmonaires par le tube insufflatoire de Ribemont-Dessaignes; je lui fis prendre des bains tièdes et des bains froids aromatisés ; friction avec l'eau aromatique, injection d'éther, etc. Sans aucun résultat. Une heure après-midi, le Dr Malandrinos, qui me remplaça un instant, appliqua la respiration artificielle de Schultze.

2 h. après-midi, le cœur bat encore.

Désespérant de le ramener à la vie, je le laissai et apprit ensuite qu'il était mort quelques minutes après mon départ.

Remarque. — Dès que je laissais une partie du corps sans frictions, on la voyait devenir petit à petit cyanosée. Quand on ne lui faisait pas la respiration artificielle ou qu'on cessait l'application des bains, la cyanose commençait des membres supérieurs et inférieurs, gagnait petit à petit tout le corps, et elle disparaissait de nouveau sous l'influence des bains, ou des frictions, etc. La peau reprenait alors une teinte physiologique.

On ne m'a pas permis de faire l'autopsie.

Nous avions constaté qu'il avait une dention précoce.

Mâchoire inférieure. — 8 dents, c'est-à-dire les quatres incisives, les deux canines et une molaire de chaque côté.

Mâchoire supérieure. — 7 dents, c'est-à-dire les quatres incisives, les deux canines et une des molaires.

REVUE CRITIQUE

LA DEFENSE DE L'ENFANT. PROTECTION DE L'ENFANT PENDANT LA GESTATION.

Sous ce titre, MM. les Docteurs Olive et Schmitt, de Nantes, ont étudié les questions qui intéressent la défense de l'enfant. Nous extrayons de leur travail les passages relatifs à la gestation et aux mesures de protection applicables à la mère et à l'enfant.

Les tares héréditaires ne sont pas les seules causes d'infériorité de certains enfants pendant la gestation, bien d'autres sont plus communes.

La plus banale, c'est le surmenage. Le professeur Pinard a signalé le fait, en a prouvé la véracité. Depuis plus de 6 ans, il s'efforce de démontrer l'influence du repos, chez la femme enceinte,

sur le développement de l'enfant. Ses travaux ont abouti aux trois conclusions suivantes :

1° Chez les femmes qui se reposent pendant les trois derniers mois de leur grossesse, le poids de l'enfant est supérieur d'au moins 300 grammes à celui de l'enfant d'une femme qui a travaillé debout jusqu'à l'accouchement ;

2° Dans le cas de grossesse gémellaire, le poids de l'enfant, avec le même temps de repos, est de 500 à 600 grammes supérieur à celui de l'enfant d'une femme qui a travaillé jusqu'à terme ;

3° La gestation a une durée plus longue, 20 jours et plus, chez les femmes qui se reposent ; les autres accouchent prématurément.

A côté du surmenage, la misère est une cause notoire d'infériorité de l'enfant. Il est des malheureuses qui peuvent à peine se nourrir. Pendant leur grossesse, elles manquent de tout et rendent, malgré elles, leur enfant victime de leur lamentable situation. C'est en vain qu'il cherche les principes nécessaires à sa nutrition : le sang maternel ne les lui apporte plus.

Chez d'autres, la misère n'est point physiologique, c'est la misère morale qui conduit au crime. « Les conseils funestes, a écrit M. Strauss, ont le champ libre dans cette période d'attente anxieuse. Ils ne tardent pas à être suivis dans l'ombre des officines louches, dans l'intérieur des ateliers d'avortement. » Et si l'avortement ne vient pas, la fille-mère végète : bannie de sa famille, repoussée par ses amies, elle tombe dans les bas-fonds de la Société.

La maladie est un autre facteur fœticide pendant la gestation : l'organisme maternel alors est moins résistant.

La grossesse est un état spécial dans lequel les différents appareils ont subi de profondes modifications.

Les germes s'y développent plus aisément, les toxines y abondent ; et, si la mère résiste, le fœtus souvent succombe. Parmi les accidents évitables, il en est deux surtout, l'albuminurie et l'éclampsie, qui sont essentiellement nuisibles au produit de conception.

Que faire contre tous ces ennemis de l'enfant, avant même qu'il ne soit né : surmenage, misère physiologique, misère morale, maladie ?

Créer la défense légale de la femme enceinte.

Contre le surmenage, il est du devoir de l'Etat de proclamer le droit au repos pendant les derniers mois de la gestation.

La nécessité de ce repos est absolue ; elle doit être possible pour tous. Elle doit se prolonger dans le *post-partum*, tout le temps que dure l'involution utérine, au moins 6 semaines.

Chez la femme aisée, c'est possible ; et c'est un devoir pour l'accoucheur de l'exiger. Mais pour la femme de l'ouvrier, pour celle qui gagne péniblement au jour le jour le pain de la famille, quels moyens employer ?

La femme du peuple, l'ouvrière se fait conduire dans nos maternités à la dernière minute, alors que le travail de l'accouchement est depuis longtemps commencé.

Si les suites de couches, malgré tout, sont normales, elle aspire bientôt au départ. Dès le 7e ou 8e jour, rien ne peut la retenir. Ce qui la préoccupe, c'est le souci du lendemain.

Aussi, une condition nous semble absolument nécessaire pour permettre le repos à la femme enceinte : lui assurer pendant les derniers mois un salaire rémunérateur, la mettant à l'abri de la misère.

C'est à l'Etat qu'appartient ce devoir, l'assistance privée est insuffisante : elle est obligée de faire des sélections et quelquefois en dehors de tout esprit de justice. Ici ce sera affaire confessionnelle, là affaire politique. Le repos et l'indemnité ne doivent pas être une aumône pour la femme enceinte : ce doit être un droit.

Les bureaux de bienfaisance, eux aussi,sont insuffisants.

L'intervention de l'Etat est donc nécessaire. A la conférence de Berlin, la troisième commission, présidée par M. Jules Simon, fit adopter la proposion suivante : Il serait désirable que les femmes accouchées ne soient admises au travail que quatre semaines après l'accouchement.

La Hollande, la Belgique, le Portugal, la Hongrie, l'Autriche, l'Angleterre, se sont déjà conformés à la décision de l'Assemblée et ont interdit le travail pendant 4 semaines après les couches. L'Allemagne et la Norvège ont exigé 6 semaines,à moins qu'un certificat médical n'autorise formellement le travail auparavant. Le Danemarck prescrit le repos une semaine avant la parturition et une semaine après.

Mais la plupart des législations sont muettes sur la question d'indemnité, aussi les lois d'assistance pour la femme enceinte n'y sont pas exécutées. L'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, seules font exception. Mais là, il y a indemnité.

La législation allemande a institué, par la loi du 28 mai 1885, l'assurance obligatoire contre la maladie. Les femmes enceintes y sont considérées commme des malades.

Actuellement,avec les modifications apportées à la la loi en 1892, « toutes les femmes accouchées,mariées ou non, reçoivent une indemnité de secours dans les 6 semaines qui suivent les couches. »

Si le référendum, en Suisse, ratifie la loi de 1899 sur l'assistance médicale,toutes les femmes auront droit pendant 6 semaines à une indemnité égale à 60 p. 100 du salaire journalier et au traitement gratuit.

De toutes les grandes nations ayant pris part à la conférence de Berlin, la France est la seule qui ne se soit pas conformée à ses décisions.

Actuellement deux projets ont été déposés à la Chambre ; l'un de M. Dulau,projet d'assistance maternelle pour les indigentes ; l'autre

de M. Strauss, réclamant pour les femmes travaillant dans les usines, manufactures, chantiers et ateliers un repos de 6 semaines, 2 avant l'accouchement et 4 après. Pendant cette période, les femmes nécessiteuses recevront des soins donnés par les bureaux d'assistance médicale et qui comprendront les secours de grossesse, les frais de séjour dans les refuges, dans les maternités ou les asiles de convalescence.

Ces deux propositions ne nous paraissent pas parfaites. La proposition Dulau ne s'adresse qu'aux indigentes dont elle améliore nettement la situation. La proposition Strauss, plus libérale, est insuffisante encore. Elle ne donne pas assez de repos surtout pendant la grossesse et ne tranche pas la question de l'indemnité.

A notre avis, une loi sur l'assistance de la femme enceinte comprend deux questions distinctes :

1° La question du repos obligatoire à la fin de la grossesse pour toute femme salariée ;

2° La question de secours pour les femmes nécessiteuses, indigentes, les filles-mères.

Le repos obligatoire doit être d'au moins 6 semaines avant et 6 semaines après l'accouchement. Une loi parfaite exigerait 3 mois après l'accouchement.

L'indemnité quotidienne allouée par l'assurance et au moins égale aux deux tiers du salaire sera accordée à une femme salariée à quelque titre que ce soit.

Les secours de grossesse, bien différents de l'indemnité, s'adresseraient aux indigents, aux filles-mères. Leur forme la plus simple serait les secours à domicile, qui existent déjà et qui sont encore les meilleurs.

Le secours à domicile permet à la femme de conserver la surveillance de sa maison, en même temps qu'il lui assure avec le repos la possibilité de se soutenir par une alimentation suffisante, demeurant ainsi exempte de privations et de soucis.

Il existe des circonstances où le secours à domicile ne peut être institué. Les femmes enceintes, dénuées de ressources, privées de domicile, se trouvant dans certaines conditions d'insalubrité ne peuvent passer sans secours hospitalier le temps de leur grossesse.

L'hospitalisation est encore l'absolue nécessité pour protéger la fille-mère. Actuellement, dans presque tous les départements, on ne peut rien faire pour elles. Et pourtant la fille-mère devrait avoir la même assistance que la femme mariée.

A la femme indigente, à la fille-mère, il faut des asiles spéciaux. « Une hospitalité ordinaire, dans des refuges de nuit, dans des abris de passage, écrit Strauss, ne convient pas à une situation aussi délicate. Les hôpitaux eux-mêmes, avec leurs dortoirs de femmes enceintes, sont le plus généralement destinés aux cas pathologiques. C'est un asile spécial, tout à fait distinct, qui s'impose pour

recueillir les femmes enceintes dénuées de ressources et dépourvues de domicile, et les filles séduites qui veulent échapper à tout regard indiscret. »

Tout, en France, est à créer dans ce but. Paris seul possède des asiles qui peuvent servir de modèles, dont au premier rang, l'asile Michelet, établi sur les conseils du professeur Budin.

Il en faut un semblable dans chaque département ou au moins dans chaque région. L'inquisition, tel est le grand défaut des asiles privés, ou des maternités hospitalières. Le secret n'y est point assuré ; aussi leur but n'est point atteint. La malheureuse qui a une faute à cacher préfère souvent le crime à l'hospitalisation ainsi pratiquée.

Il est curieux de signaler la façon dont est gardé dans nos hôpitaux le secret de la gestation. D'abord la fille-mère n'est reçue qu'au neuvième mois de sa grossesse sur le billet de la sage-femme mentionnant le nom de la postulante. Ce nom est ensuite inscrit sur le registre des entrées avec renseignements sur l'âge, la profession,le domicile,le lieu de naissance,les antécédents,renseignements que l'on retrouve sur la fiche placée au lit de la malade, exposée aux regards indiscrets de tout le personnel hospitalier, sur les registres de l'état-civil et des différents cultes. Si l'enfant,plus tard, est abandonné à l'assistance publique, les mêmes renseignements circulent de bureau en bureau, se transcrivant de registre en registre.

Est-ce l'idéal, comme se le demande M. Strauss, un siècle après le vote, à la Convention nationale, de la généreuse proposition de Maigret, créant dans chaque district un asile où la fille-mère pourrait entrer à telle époque de la grossesse qu'elle voudra ?

Non,aussi la création d'ouvroirs où le secret de la grossesse sera absolument gardé s'impose.

Et pour que ce secret puisse être observé, il faut supprimer toute ingérence administrative d'ordre municipal ou départemental.C'est possible à condition que l'Etat accepte de se charger complètement de l'assistance de la femme enceinte.

Comme conséquence de l'ouvroir secret, la maternité secrète est nécessaire.

Avec l'ouvroir secret, la maternité secrète, un grand pas sera fait pour la défense de l'enfant.

Les idées de crime. d'infanticide, diminueront et peut-être même disparaîtront complètement.

A l'assistance matérielle de la femme enceinte,il faut ajouter l'assistance médicale. Elle ne peut faire défaut aux femmes hospitalisées, mais elle manque pour les autres.

La femme enceinte ne se doute pas des soins particuliers auxquels elle doit s'astreindre, elle ignore l'importance des examens obstétricaux avant l'accouchement, ou, si elle les connaît, elle ne sait où les trouver gratuitement.

Pendant le travail de l'accouchement, l'assistance médicale n'est pas parfaite. Beaucoup de femmes ne peuvent avoir recours aux soins d'un médecin, et, se refusant à quitter leur domicile, se contentent d'une sage-femme.

Quelques-unes ont la chance de tomber sur une accoucheuse instruite, dévouée et consciencieuse observatrice de l'asepsie et de l'antisepsie ; mais beaucoup ne trouvent près d'elles que des gardes ignorantes, sans dévouement, et criminelles par l'oubli des règles de la plus élémentaire propreté.

L'instruction des sages-femmes est incomplète ; elle manque par la base. Avant l'admission dans les maternités, il faut exiger des futures élèves sages-femmes des connaissances supérieures à celles qu'elles possèdent habituellement.

De même, après leur admission à l'exercice, il serait rationnel de rendre obligatoire à époque fixe (tous les 5 ans par exemple) un nouvel examen, sur les principales questions d'obstétrique journalière.

Enfin, que les tribunaux soient impitoyables lorsque quelqu'une occasionne de ces effroyables épidémies de fièvre puerpérale comme on en voit encore trop souvent.

Malgré tout, quels que soient le dévouement et la science du médecin et de la sage-femme, il sera impossible d'éviter tous les accidents de l'accouchement. Quelques femmes se refusent à tout examen pendant la grossesse et ne préviennent qu'au dernier instant. Il faut alors intervenir d'urgence. Il n'existe pas, dans la plupart des villes de France, d'organisation spéciale permettant de porter un rapide secours dans ces circonstances.

A l'étranger, à Milan, par exemple, il y a des services installés dans ce but. Un assistant pratique à domicile les opérations d'urgence.

Le professeur Budin préconisait récemment un service semblable à Paris ; et, il serait heureux que le même système soit créé en province, surtout dans les grands centres. Chaque jour, il y aurait un ou deux accoucheurs de garde choisis à tour de rôle parmi les médecins désignés et qui se rendraient chez les parturientes pauvres pour les opérer dans les cas difficiles.

C'est ainsi que, par des lois nouvelles et par une union intime de tous les membres de la Société, union fondée sur de généreux sentiments de solidarité et de fraternité, l'enfant sera protégé pendant la grossesse et l'acouchement. A ce prix seulement, la puériculture intra-utérine sera complète et féconde en résultats.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

LE SECRET PROFESSIONNEL ET LA DÉCLARATION D'ENFANTS VIVANTS, MORTS-NÉS OU DE FŒTUS

M. Lutaud. — Il y a une vingtaine d'années, j'ai raconté ici qu'une déclaration d'état civil m'avait été refusée par un maire, parce que je ne voulais pas lui donner le nom ou le domicile de la mère. Un peu plus tard, j'eus des difficultés analogues pour me débarrasser d'un fœtus. Tout récemment encore, j'ai rencontré les mêmes difficultés à l'occasion d'un fœtus de 5 mois. Le maire, qui ne savait quel parti prendre en face de mon refus d'indiquer le domicile de la mère parce que ce renseignement eût permis de la faire reconnaître, alors qu'elle avait des raisons de rester anonyme, s'était adressé au Parquet pour demander des instructions. Il lui fut répondu qu'il devait non seulement refuser de prendre note d'une déclaration sur le registre institué par l'arrêté préfectoral visant les enfants morts-nés, mais refuser encore l'inscription d'aucun enfant sur les registres de l'état civil, si on ne lui faisait connaître au moins la demeure de la mère. Le refus que m'opposa le maire était basé sur l'impossibilité où il se trouvait de pouvoir faire la constatation du décès par le médecin d'état civil, si le domicile de la parturiente ne lui était révélé.

Que devons-nous faire des fœtus ? Les médecins, les sages-femmes ne pourraient-ils les déposer dans un local spécial ? A la morgue, par exemple, où les formalités de la constatation de décès pourraient être accomplies ?

Comme la Société de Médecine légale a déjà discuté cette question, je voudrais qu'une démarche fût faite auprès du Procureur de la République pour qu'il donne aux maires des instructions conformes aux votes antérieurs de la Société, laquelle a reconnu que le Médecin pourrait être poursuivi pour révélation du secret professionnel s'il faisait connaître le nom ou le domicile d'une femme qui tient à tenir secret son accouchement ou son avortement.

M. Lefuel. — Je ne vois pas quel motif a pu dicter la lettre du Substitut. Peut-être l'impossibilité où se trouvait l'officier d'état civil de s'assurer si le fœtus était bien né dans son arrondissement.

M. Jacomy. — La jurisprudence du Parquet de la Seine a toujours été, à tort selon moi, d'exiger la déclaration du nom de la mère, alors qu'on devrait se contenter du nom de la rue et du numéro de la maison où a lieu l'accouchement.

M. Lutaud. — Faire connaître le domicile, c'est faire connaître la mère.

M. Socquet. — Dès l'instant où le médecin affirme que l'enfant est né dans l'arrondissement, sa déclaration doit être acceptée. Exiger le domicile, c'est faire connaître la mère si la moindre enquête a lieu. S'il n'y a pas d'enquête, pourquoi exiger le numéro et le nom de la rue ? Cette indication ne peut que faire planer le soupçon sur plusieurs personnes ?

M. Doumerc. — Cette question intéresse toutes les communes de France, puisque le médecin de la plus petite commune tout aussi bien que le chef de service du plus grand hôpital de Paris doivent déclarer la naissance d'un fœtus mort-né après un certain nombre de jours de gestation. Je crois qu'il y a lieu de nommer une Commission qui reverra de près les textes et rédigera un rapport que nous discuterons.

M. Maygrier. — M. Lutaud a soulevé deux questions, l'une relative à la déclaration du fœtus non viable et l'autre à la déclaration du fœtus arrivé au cent quatre-vingtième jour de la gestation.

M. Lutaud insiste en indiquant que le sujet ayant été épuisé par les discussions antérieures, il y a plutôt lieu de demander au Parquet de donner aux mairies des instructions dans le sens des conclusions déjà votées.

M. Lefuel croit qu'on ferait une confusion en demandant l'intervention du Parquet dans les déclarations de fœtus de moins de 180 jours, déclarations qui ne sont obligatoires qu'en vertu d'un arrêté préfectoral. La déclaration n'est obligatoire, d'après la loi, que pour les fœtus viables. Il y aurait donc plutôt lieu de voir à ce sujet le Préfet de la Seine pour le prier de rapporter son arrêté.

M. Lutaud. — L'ordonnance du Préfet de la Seine oblige à une déclaration, même quand le fœtus n'a que six semaines.

M. Jacomy. — Il ne s'agit donc dans le cas de M. Lutaud que de l'exécution d'une mesure simplement administrative, par conséquent c'est auprès du Préfet qu'il faut agir.

M. Doumerc. — La preuve que le vote qui a couronné notre première discussion n'a pas été suffisant se trouve dans cette circonstance que la déclaration de M. Lutaud a été refusée. En fait, une ordonnance préfectorale impose à un médecin une obligation à laquelle l'officier d'état civil met entrave à moins que le médecin ne consente à violer le secret professionnel. Nous devons donc discuter de nouveau la façon de nous y prendre pour tout concilier.

M. Constant. — Le plus simple serait de rappeler au Préfet les conclusions que nous avons déjà votées.

M. Rocher. — Dans une démarche antérieure faite auprès du Préfet de la Seine, j'avais obtenu la promesse que l'ordonnance ne serait jamais appliquée.

M. Bonnaire. — Deux jurisprudences sont en vigueur : A l'hôpital les médecins sont obligés de signer toutes les déclarations d'expulsion de fœtus non viables, en indiquant le nom de la mère. Mais si une femme entre dans un service hospitalier sans donner aucun nom et qu'elle accouche d'un enfant mort ou vivant, ils en signent le décès ou la naissance, sans être forcés de fournir aucun renseignement.

M. Constant donne lecture des conclusions votées le 12 juillet 1899, à

la suite d'une discussion au cours de laquelle ont été envisagés tous les côtés de la question. Elles sont ainsi conçues :

« 1° Par accouchement, on doit entendre, dans l'article 56, la sortie « de l'enfant du sein de la mère ;

« 2° Les médecins, officiers de santé ou sages-femmes qui l'auraient « vu sortir du sein de la mère, ou qui auraient été appelés au moment « où cet enfant tenait encore à la mère par le cordon ombilical, sont « tenus de faire la déclaration. En dehors de ces deux cas, la loi « n'exige rien d'eux ;

« 3° Le médecin doit déclarer qu'un enfant de tel sexe est né dans « telle commune, à tel endroit déterminé ; il n'est pas obligé d'indi-« quer le nom de la mère ;

« 4° La déclaration doit toujours être faite lorsque l'enfant est expulsé « après le quatrième mois de la gestation ;

« 5° La déclaration doit toujours être faite dans la commune où l'ac-« couchement a eu lieu ».

Le 8 mai 1882 et consécutivement à la circulaire préfectorale du 26 janvier 1882, la Société votait :

« 1° Que les prescriptions de la circulaire du 26 janvier 1882 sont « irréalisables dans la plupart des cas tant au point de vue pratique « qu'au point de vue médical ;

« 2° Qu'elles sont extra-légales, et sans utilité même au point de vue « judiciaire ;

« 3° Qu'elles sont contraires au grand principe du secret profes-« sionnel ;

« 4° Qu'enfin, en dehors d'un texte législatif formel, elles ne peu-« vent être imposées par l'autorité administrative, qui ne saurait se « mettre aux lieu et place du législateur, n'ayant droit de prendre « que des mesures de simple police ».

Enfin, après une nouvelle discussion, la Société décidait, le 14 juin 1897, que « les Médecins ne sont pas tenus de déclarer les cas d'expulsion de produits embryonnaires au-dessous de six mois ».

M. Demange. — Quand vous avez fait connaître au Maire la promesse du Préfet de ne jamais appliquer son arrêté, que vous a-t-il répondu ?

M. Lutaud. — Il m'a répondu qu'il s'en tenait aux termes de la circulaire préfectorale lui prescrivant l'ouverture d'un registre spécial aux fœtus et que ceux-ci ne pouvaient y être inscrits qu'avec, au moins, l'adresse de leur mère.

M. Demange voudrait savoir si le registre des hôpitaux a été ouvert d'après un simple règlement de l'assistance publique ou conséquemment à l'arrêté préfectoral.

M. Lutaud pense que l'ouverture de ce registre a eu lieu à la suite de l'arrêté : son adoption a eu ce résultat que dans les Mairies des quartiers populeux, il y a peu de déclarations de fœtus si l'arrondissement ne contient pas d'hôpital, tandis que celles-ci sont très nombreuses dans les quartiers les moins peuplés, possesseurs d'établissements hospitaliers.

M. Demange ne voit pas la nécessité qu'il y aurait à revenir sur une discussion qui aboutirait fatalement aux mêmes conclusions. Il juge préférable de déléguer le Bureau auprès du Préfet de la Seine et auprès du Parquet pour obtenir l'adoption d'une nouvelle jurisprudence.

M. Lutaud insiste dans le même sens en faisant ressortir la nécessité qu'il y a pour le Médecin à se débarrasser de fœtus qu'il ne saurait conserver chez lui et qui doivent pouvoir être déposés quelque part, sans que l'homme de l'art ait à violer le secret professionnel qui lui est imposé.

M. Demange. — Il demeure d'ailleurs entendu que le Bureau, représenté par son Président, aura mandat d'attirer aussi l'attention du pouvoir administratif et judiciaire sur les déclarations d'enfants viables et mort-nés ou vivants qui doivent être acceptées par les officiers d'état civil, même si la mère n'est pas nominativement désignée.

M. Constant propose l'ordre du jour suivant, qui est adopté :

« La Société de Médecine légale de France charge M. Danet, son Président, de présenter de nouveau à M. le Procureur de la République et à M. le Préfet de la Seine les conclusions du Rapport de M. Rocher sur lesquelles elle a émis un vote unanime en 1897 ».

PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Rigidité cicatricielle du col. — M. Commandeur communique à la Société des sciences médicales de Lyon (janvier 1902), l'histoire d'une jeune femme qui présentait une rigidité cicatrielle du col qui donna lieu à des difficultés extrêmes lors d'un accouchement prématuré.

C'était une malade présentant un rétrécissement du bassin et qui avait accouché quelques années auparavant à la Charité dans le service de M. Fochier. Après un travail très long, on avait tenté la dilatation manuelle, puis on avait fait deux applications sans succès, et enfin une crâniotomie suivie d'une troisième application infructueuse. C'est alors qu'elle fut amenée à la Charité où il lui fut fait une basiotripsie. La malade eut de grandes déchirures, fut infectée, eut un état grave, élimina de grands lambeaux sphacélés ; mais cependant parvint à se rétablir parfaitement.

Le 11 juin, lorsque je la vis, je reconnus à peine le col ; au fond du vagin se trouvaient deux petits bourrelets avec un tractus cicatriciel s'étendant sur le vagin du côté gauche et en arrière.

Je ne pus trouver l'orifice du col qu'à l'aide du spéculum et plaçai une bougie de Krause. Au bout de cinq jours d'applications de bougies, je pus seulement percevoir le col au toucher ; j'introduisis alors des tiges de laminaire et pus enfin mettre le plus petit ballon de Champetier qui donne une dilatation de 0,50 centimes.

Le travail commençait alors et je résolus d'attendre, car la tête était fixée au détroit supérieur, les contractions étaient assez intenses et l'enfant était bien portant. Le segment inférieur s'était formé, mais les membranes se rompirent. M. Fochier, qui avait suivi la malade, se décida à intervenir. Il tenta la dilatation manuelle et fit sauter avec le doigt la cicatrice de gauche. La déchirure se continua sur le vagin et il put faire une application sur la tête au détroit supérieur. La dilatation se fit, il y eut résistance manifeste. On dut mettre des lacs. L'engagement se fit en position transverse, et l'on put amener heureusement un enfant de 2700 grammes.

Il y eut déchirure du vagin et du col sans hémorragie appréciable.

Cette cicatrice, cause de dystocie, datait de l'accouchement antérieur et était due au tissu scléreux consécutif à la suppuration prolongée des tissus déchirés.

Dans les cas analogues, le pronostic et les difficultés sont subordonnés à la hauteur et à la profondeur des cicatrices.

Les cicatrices intra-vaginales sont finalement sectionnées au ciseau ; il n'en est pas de même des cicatrices supéro-vaginales qui sont beaucoup plus graves, car il faut entrer dans les parties qui correspondent au ligament large, région très vasculaire, d'où danger d'hémorragie.

Dans notre cas, il fallait absolument faire la libération de la cicatrice ; on pouvait s'attendre à faire une véritable *césarienne* du col.

Je vous ai entretenus de ce cas pour vous montrer qu'il est bon de commencer par l'éclatement du col avant de faire des manœuvres.

Lavement de glycérine comme procédé eutocique. — M. le Dr Morer indique un nouveau procédé eutocique, qu'il n'a vu signalé nulle part et dont il se sert avec le plus grand succès.

« Il consiste à administrer à la parturiente, au début du travail et ensuite toutes les fois que les contractions se relâchent, un petit lavement de 8 grammes de glycérine très pure à 30 degrés, au moyen de la seringue *ad hoc* dite pneumatique.

« On sait comment la glycérine introduite pure dans le rectum agit : c'est en soustrayant à la muqueuse de l'eau dont elle est très avide qu'elle excite violemment l'appareil rectal. Elle détermine aussitôt des contractions qui, grâce à la synergie physiologique des deux organes, se transmettent presque aussitôt à l'utérus. Ce moyen m'a toujours réussi à obtenir une reprise du travail quand celui-ci devenait languissant Il est sans grande douleur pour la femme, et je ne lui ai jamais trouvé d'inconvénient. Aussi, quand je suis appelé auprès d'une parturiente, je ne manque jamais d'emporter une seringue et de la glycérine.

« Je m'en sers également pour donner un lavement au nouveau-né, qui, en cinq minutes, avec 4 grammes de glycérine, a expulsé son méconium presque complètement. Le résultat est que le bébé ne pousse plus de cris pendant les vingt-quatre premières heures (cris causés par des coliques). Il dort tranquille et... la maman aussi. La miction se fait en même temps, et depuis que j'ai adopté cette pratique, jamais je n'ai eu à intervenir après un accouchement pour un enfant ayant des coliques ou n'ayant pas encore uriné vingt-quatre heures après sa naissance.

« Ce sont de petits moyens, dira-t-on. Je répondrai qu'en thérapeutique rien n'est à dédaigner, pas même ou même surtout les petits moyens. »

Le tamponnement du vagin (1). — Avant de procéder au tamponnement complet du vagin, vider la vessie par le cathétérisme et débarrasser le rectum à l'aide d'un lavement. Puis pratiquer une grande irrigation vaginale avec un liquide antiseptique chaud, de manière à entraîner les caillots de sang hors du vagin ; en même temps, aider à l'hémostase par l'action de la chaleur.

Le spéculum de Sims étant mis en place, introduire les tampons (qui doivent être de la grosseur d'une petite noix et munis d'un fil), en procédant de la manière suivante :

Le premier tampon sera appliqué dans le cul-de-sac postérieur, et comme il est généralement insuffisant pour remplir ce cul-de-sac, on en applique un ou plusieurs autres, jusqu'à ce que ce cul-de-sac soit comblé. On procède de même avant et latéralement, et c'est seulement lorsque le fond du vagin, au pourtour du col, ne présente plus de vide que l'on obture l'orifice du col, à l'aide d'un tampon sur lequel on en accumule d'autres, en ayant soin de ne laisser entre eux aucun interstice. On doit donc les serrer avec une certaine force, sans cependant les tasser violemment.

Lorsque la partie profonde du vagin est ainsi exactement remplie, on réunit tous les fils des tampons en un faisceau que l'on ramène dans un des plis inguinaux. Puis on achève le tamponnement avec les mêmes précautions et en retirant peu à peu le spéculum, à mesure que la cavité vaginale se remplit. On peut, à la rigueur, pour cette dernière partie du tamponnement, se servir de tampons non munis de fils.

Après que le vagin aura été rempli de ouate jusqu'à la vulve, appliquer sur celle-ci trois ou quatre compresses et maintenir le tout avec un bandage en T.

Ainsi pratiqué, le tamponnement du vagin constitue un tout solide, sur lequel les parois vaginales s'appliquent d'une façon exacte. Il doit donc rester sec et, s'il s'imbibe de sang, c'est qu'il est insuffisant ou mal appliqué, et on ne doit pas hésiter à le recommencer.

Le tampon doit rester en place au moins douze heures ; mais on peut le laisser davantage, vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures. Dans ce dernier cas, on devra veiller à la miction ; on enlèvera donc quelques tampons de ouate, les plus superficiels, pour sonder la malade, puis on les remplacera par d'autres.

Pour enlever complètement les tampons, saisir ensemble tous les fils, et exercer une traction douce et continue, de manière à extraire le tout d'une seule pièce. Au besoin, s'aider d'un doigt introduit dans le vagin.

(1) *La pratique gynécologique*, par Paul Lefert, J.-B. Baillière.

Au lieu d'employer des tampons isolés, on peut encore se servir de tampons reliés entre eux et disposés en *queue de cerf-volant*.

Les tampons de ouate ou de gaze sont alors attachés avec le même fil, en les séparant par un intervalle de 15 à 20 centimètres. Cette dernière condition est fréquemment omise et cependant il est nécessaire que les tampons soient ainsi espacés, pour que leur placement puisse se faire convenablement.

Pour faire le tamponnement *en queue de cerf-volant*, on commence par introduire le premier tampon qui est fixé à l'extrémité du fil, puis, lorsqu'il est en place, on introduit le tampon qui occupe le second rang, puis le troisième et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'on ait épuisé la queue de cerf-volant. Or, si les tampons n'étaient pas suffisamment espacés, au moment où l'on place un tampon quelconque, le suivant masquerait le champ visuel et empêcherait de voir ce que l'on fait. L'intervalle de 15 à 20 centimètres permet, au contraire, d'introduire chaque tampon comme s'il était isolé.

L'extraction de la queue de cerf-volant se fait sans difficulté : en tirant sur l'extrémité du fil qu'on a laissé pendre hors de la vulve, on extrait successivement les tampons dans l'ordre inverse de leur introduction.

Traitement du placenta prœvia. (MALCOLM LEAN). — 1° Eviter de se servir des caustiques ou astringents chimiques qui remplissent le vagin d'un coagulum inerte, mais ne préviennent pas l'hémorrhagie. La malade doit se trouver dans le repos absolu du corps et de l'esprit : aussi un opiacé doux est fréquemment indiqué pour calmer l'excitation.

2° Dans les cas où l'*hémorrhagie* constituerait le danger principal pour la mère comme pour l'enfant, on tâchera de *provoquer* le plus tôt possible *le travail*, et on veillera sur la parturiente jusqu'à la complète terminaison du travail.

3° Chez les primipares ou les multipares à parois vaginales rigides la *dilatation du vagin* à l'aide des tampons ou des dilatateurs est un bon adjuvant à la dilatation du col.

4° Dans la grande majorité des cas, en général et plus particulièrement dans les cas où la terminaison rapide du travail est commandée par des indications spéciales, il est plus sûr de compter sur la pression continue hydrostatique du dilatateur de Barnes que sur la pression exercée par les parties fœtales.

5° Dans les cas où l'implantation est exclusivement latérale ou pariétale et où il n'existe pas d'obstacle à la terminaison rapide du travail, la version bi-polaire par la méthode de Braxton Hicks, avec traction en bas, sera pratiquée sur un des pieds, dans le but d'obturer et de dilater l'orifice du col par la cuisse qui vient de s'y placer.

6° Dans les cas où la tête se présente bien à l'orifice, on ne fera pas de version, mais on ouvrira la poche pour permettre aux eaux de s'écouler et favoriser ainsi l'engagement de la tête dans le canal cervico-vaginal.

7° Dans la plupart des cas, la version sera préférée à l'application du forceps en dedans de l'orifice du col.

8° Dans certains cas, en l'absence d'une assistance ou des instruments nécessaires, on recourra au tamponnement complet du vagin avec la conservation du tampon in situ (un temps raisonnable) jusqu'à son expulsion par les contractions utérines et les efforts volontaires de la parturiente. Si la présentation est favorable, occiput ou siège, le tampon ne crée pas d'obstacle à l'expulsion et on voit, dans certains cas, le tampon, le placenta et l'enfant se dégager rapidement et sans aucune intervention de l'accoucheur.

9° Les dangers de l'infection septique par le tampon ou le dilatateur élastique sont tellement petits, pourvu qu'on observe la propreté, qu'il n'y a pas de sérieuse contre-indication à leur emploi.

10° Partout où cela sera possible, on usera de *tous les ménagements*, pendant la dilatation du canal et l'expulsion du fœtus, pour éviter la lacération des parois du conduit génital.

11° Là où on aura à craindre une hémorrhagie post partum, la grande prudence et la parfaite antisepsie seront observées dans tous les détails, avant comme après l'opération, pour éviter toute possibilité d'infection de la parturiente.

12° *Une propreté rigoureuse, absolue, sera préférée aux agents chimiques.*

FORMULAIRE

Le térébène comme antiseptique. (BOCQUILLON.) — (Isomère de l'essence de térébenthine obtenu en faisant agir de l'acide sulfurique sur l'essence de térébenthine, puis en distillant.)

Antiseptique et désinfectant agréable et sans odeur. La vapeur de térébène est sédative et antiseptique, elle est usitée dans la phthisie.

Le térébène est usité à l'intérieur en capsules pour l'antisepsie intestinale et contre la dysenterie. Calmant et antiseptique de la vessie et des voies urinaires.

Mode d'emploi. — Doses. Administré en inhalation avec de l'eau bouillante ou ingéré dans l'estomac, sous formes de tablettes :

Térébène	15 gr.
Gomme pulvérisée	12 —
Eau	60 —
Sucre pulvérisé	180 —
Gomme adrag. pulvérisée..	8 —

Pour 100 tablettes.

Émulsion :

Térébène	16 —
Gomme pulvérisée	12 —
Eau	60 —
Sirop de gingembre	30 —
Capsules de	0.025

Dose de 0. gr.25 à 1 gr. 5 par jour.

Traitement de la bronchite aiguë par l'acétanilide. (F. GRUN.) — Jusqu'ici le catarrhe bronchique a été regardé comme dû à une inflammation causée par le refroidissement général et indépendante d'une infection spécifique.

Quand on examine les crachats des malades atteints de bronchite aiguë, on trouve que les matières expectorées consistent en mucus pur, au milieu duquel se rencontrent des globules de pus, des cellules épithéliales, des leucocytes et une matière granuleuse probablement graisseuse. Dans les cellules de pus et autour d'elles, sur les cellules épithéliales libres au milieu du mucus, on trouve une quantité de bacilles, dont le thymol et le bichlorure de mercure et l'acétanilide ne permettent pas la reproduction.

L'acétanilide est le plus inoffensif de ces agents et possède une puissance antiseptique égale à celle du bichlorure de mercure. Le Dr Grun en a obtenu les meilleurs résultats. La maladie était arrêtée en quelques heures, après l'ingestion de l'acétanilide à la dose de quarante centigrammes, répétée trois fois quodiennement.

Traitement de la diarrhée par l'infusion des pétales de roses. — Les pétales de roses sont un des remèdes populaires très usités contre les différentes maladies et, notamment, contre la diarrhée.

Le Dr Alexeevshi a expérimenté ce remède dans plusieurs cas de diarrhée chronique.

Une pincée de pétales de roses (Rosæ rubræ et rosæ centifoliæ), pour un verre d'eau chaude ; infuser 2 heures, 2 à 3 verres pour adulte et un verre, ou par cuillerées à café plusieurs fois par jour, pour enfant.

« Son action est due, suivant l'auteur, à la présence de substances tanniques et à une essence qui a incontestablement une forte puissance antiputride et antifermentescible. »

Le naftalan en gynécologie. — Parmi les nouveaux agents capables d'aider le médecin dans le traitement des affections gynécologiques, le naftalan tient une place importante. Dans les métrites du col ou les vaginites, il suffit de beurrer un tampon d'ouate hydrophile de naftalan et de l'appliquer sur le col : pansement à renouveler tous les 2 jours. Dans les affections profondes de la cavité utérine, il faut introduire le plus loin possible dans l'utérus une mèche de gaze aseptique, enduite de naftalan et la maintenir en place par un tampon vaginal recouvert de la même substance.

On peut employer avantageusement les ovules au naftalan, que la malade pourra introduire seule dans le vagin le soir en se couchant. Le naftalan est un antiseptique et un décongestionnant : on comprend dès lors son action favorable en gynécologie.

A l'étranger, il obtient un grand succès depuis longtemps auprès des spécialistes et en France son emploi commence à se généraliser. Dans l'eczéma et le prurit de la vulve ou du vagin, il faut appliquer le naftalan pur et mettre une mèche d'ouate hydrophile entre les lèvres. Par ce moyen, on fait cesser très rapidement les démangeaisons.

Nouveau traitement de la constipation. — Ce traitement a du moins l'avantage de supprimer les pilules laxatives et les lavements. Et puis, il se présente sous un aspect paradoxal.

Jusqu'à présent, on recommandait aux constipés l'exercice et la marche, l'immobilité était considérée comme la cause la plus ordinaire de la parésie intestinale.

Le docteur Boas estime au contraire que l'exercice au grand air est une mauvaise chose pour les constipés qui sont, d'après lui, le plus souvent des neurasthéniques.

Et il leur conseille l'isolement et la cure de repos.

On commence par laver le gros intestin par un ou plusieurs litres d'eau savonneuse, puis on supprime complètement tout lavement et tout laxatif. Le patient doit garder le lit pendant les quinze premiers jours et ne recevoir aucune visite. On peut se relâcher ensuite de cette sévérité ; mais le constipé doit garder le repos pendant quatre ou cinq semaines au moins.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène génitale de la femme, par la Doctoresse Schultz, avec une préface du Docteur Auvard, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis (vol. in-18 de 320 p., avec 62 fig. dans le texte. Prix, 4 francs. O. Doin, éditeur, Paris)

De la trilogie qui compose l'être humain : Intelligence — Amour — Force — c'est l'amour qui domine chez la femme :

Amour ascendant pour ses procréateurs ;

Amour descendant pour son mari ;

Amour descendant pour ses enfants.

Or l'amour de l'enfant est celui qui remplit le plus complètement sa vie, qui comble le mieux toutes les nobles et profondes aspirations de son être.

C'est donc la voie de la maternité qui, en général, promet le plus de bonheur à la femme.

Si une femme veut suivre cette belle voie, la meilleure pour elle :

Qu'elle aime d'abord l'homme qui sera digne d'être le père de ses enfants ; elle n'a pour cela qu'à laisser parler la nature et à mettre de côté toutes les conventions sociales, qui ont abaissé le mariage au rang d'une affaire commerciale.

Qu'elle mène une vie hygiénique.

Qu'elle soigne son système génital dans lequel l'enfant sera conçu, et dans lequel il passera les premiers mois de son existence.

Qu'elle sache ensuite élever l'enfant, issu de ses entrailles, et en faire un être supérieur, en rapport avec ses aptitudes.

Pour ces trois derniers points : — Hygiène générale, — Hygiène génitale, — Hygiène de l'enfant, — la femme a besoin d'un guide spécial et d'une éducation appropriée.

La Doctoresse Schultz, frappée de l'ignorance, sur ce sujet, des mères qui bien souvent étaient abandonnées à leur instinct, à des médecins peu instruits en cette matière, ou à des commérages d'amies, a eu l'idée d'écrire, sous la direction du Docteur Auvard, un livre concernant l'un de ces trois points : l'hygiène génitale de la femme.

C'est ce livre que nous présentons aujourd'hui au public. Il se compose de six parties : 1° Menstruation, 2° Fécondité et Stérilité. 3° Grossesse. 4° Accouchement. 5° Postpartum. 6° Maladies génitales de la femme. Ecrit sous forme de questions et de réponses, en style clair et précis, ce livre s'adresse également aux mères et aux médecins, qui y trouveront tous les renseignements pratiques sur cet intéressant sujet.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

GYNÉCOLOGIE

CHIRURGIE CONSERVATRICE DES FIBRO-MYOMES UTÉRINS,

par le Dr R. PICHEVIN (1).

Mon vieux maître Verneuil, qui n'avait pas voulu approfondir les arcanes de la chirurgie abdominale et qui s'était montré rébarbatif au traitement chirurgical des fibro-myomes utérins, proclamait que ces tumeurs ne menaçaient guère la vie des malades. J'ai le souvenir de l'avoir entendu, à un Congrès de chirurgie, attaquer les opérations dirigées contre les fibromes de la matrice. Il se basait sur ce fait qu'il n'avait pas vu mourir de femmes atteintes de fibrome, tandis que les interventions chirurgicales enlevaient un grand nombre d'entre elles.

D'après More Maden, la mortalité du fait du fibrome utérin lui-même est nulle. West, sur une statistique de 96 cas, signale un cas de mort par hémorragie, deux décès par péritonite. Aussi est-il d'avis de rassurer les malades qui portent des fibromes de l'utérus.

Courty disait, il y a plus de trente ou trente-cinq ans, que le fibro-myome, tumeur bénigne, pouvait devenir grave par les hémorragies qu'il provoque, son enclavement dans l'excavation pelvienne et l'accroissement énorme qu'il peut prendre. Il citait une série d'accidents (hémorragies, compression du rectum, suppuration, etc.) qui menacent la vie de la malade.

Cette opinion d'un gynécologiste de la période préantiseptique méritait d'être signalée, d'autant plus que Courty n'était pas un laparotomiste qui, somme toute, aurait pu être obnibulé par l'opération à faire.

Le fibro-myome utérin est, en effet, grave dans un certain nombre de cas. Il est bien certain que la tumeur peut se terminer d'une façon funeste et qu'il existe toute une série de complications qui peuvent surgir à l'improviste.

L'hémorragie peut entraîner la mort des malades. Très souvent, par sa pérennité et son abondance, elle peut amener une anémie marquée. Les troubles de la santé générale, le facies pâle; le teint cachectique, peuvent être sous la dépendance de la perte de sang, des souffrances prolongées, des phénomènes de compression et de la dégénérescence du foie et des reins. Il y a plus, le fibromyome n'est-il pas cause d'une cachexie spéciale, en dehors de toute complication ?

(1) Communication faite à la Société médicale de l'Elysée.

Le fibrome ne fabrique-t-il pas des produits susceptibles d'agir sur l'économie et de produire des effets désastreux sur l'organisme ? Les troubles apportés à la sécrétion normale des organes génitaux internes ne sont-ils pas de nature à déterminer dans l'organisme des modifications nuisibles qui se manifestent, même en l'absence de toute hémorragie, par une pâleur un peu spéciale des téguments, un état dyscrasique et une faiblesse spéciales ?

Le fibro-myome est grave par suite de son développement et de la compression qu'il exerce sur un certain nombre d'organes. L'obstruction intestinale peut inopinément survenir et mettre en péril la malade qui jusque-là avait bien supporté sa tumeur. La compression peut aboutir, fort rarement, il est vrai, à l'ulcération intestinale.

La pression exercée sur la vessie amène l'apparition de troubles vésicaux plus ou moins graves (fréquence ou difficulté de la miction, etc.) ; mais le fibro-myome produit du côté des voies urinaires des phénomènes plus sérieux, du fait de la compression des uretères. L'hydronéphrose, la pyonéphrose, des néphrites diverses, peuvent en être le résultat.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'influence que la tumeur fibro-myomateuse exerce indirectement sur le cœur. L'hypertrophie cardiaque a été observée dans un certain nombre de cas et est bien connue. Il faut aussi signaler la myocardite, qui est une grave complication du fibro-myome et qui détermine parfois la mort subite ou rapide des femmes atteintes de grosses tumeurs utérines.

Les lésions de la muqueuse utérine qui accompagnent le fibrome sont bien étudiées depuis quelques années. Ces altérations sont souvent la cause des hémorragies.

Les annexes sont fréquemment altérées ; ici, il s'agit d'une infiltration œdémateuse de la trompe et des ovaires ; là on est en présence de lésions inflammatoires proprement dites tantôt peu marquées, tantôt, au contraire, très accentuées. Les différentes formes de salpingo-ovarite avec adhérence aux organes peuvent souvent être relevées au cours de l'opération ; il n'est pas exceptionnel de constater l'existence de lésions annexielles suppurées.

Le fibrome lui-même peut être le siège d'une infection. La suppuration, la gangrène, la nécrobiose, ont été relevées dans un certain nombre d'observations.

Le fibro-myome, tumeur bénigne, peut subir différentes

transformations ou être le siège de dégénérescences qui viennent compliquer la situation au point de vue du pronostic.

Il suffit d'énumérer la dégénérescence kystique, la forme télangiectasique de la tumeur, la production de tissus myxomateux et surtout la dégénérescence sarcomateuse, si insidieuse dans son évolution. La dégénérescence épithéliale a été notée : il s'agissait dans ces cas d'adéno-fibrome.

En relevant en bloc le chiffre des dégénérescences, on constate que celles-ci prises en bloc ne sont pas au-dessous de 30 % par rapport à la totalité des fibromes.

Il est un point sur lequel on ne peut faire silence, je veux parler de la coïncidence du cancer et du fibrome. Martin a trouvé 9 cas de cancer sur 200 fibromes. Jacobs, de Bruxelles, estime à 10 % la fréquence de cette coïncidence du cancer utérin et du fibro-myome de la matrice.

D'autres auteurs ont réduit cette proportion à 5 %. Assez souvent, le cancer apparaît loin de la localisation de la tumeur fibro-myomateuse. Il n'est pas rare de rencontrer un cancer localisé au col alors qu'il existe un fibrome du corps et *vice versa*. Dans un an, j'ai opéré deux cas de ce genre.

La fréquence de la coexistence des deux tumeurs utérines chez la même malade est relativement si grande que l'on se demande si le fibrome ne joue pas le rôle d'épine dans la matrice et ne détermine pas des déviations cellulaires qui aboutissent au cancer.

Cette énumération un peu longue des complications du fibrome fait aisément comprendre la nécessité de l'intervention chirurgicale dans certains cas de fibro-myome. La justification des opérations radicales pour les tumeurs fibreuses ressort de ce fait qu'un fibrome peut singulièrement se compliquer et se terminer par la mort.

L'hystérectomie abdominale pour fibrome fut tentée par Heath (1853), par Burnham (1853) avec succès; de propos délibéré et avec pleine réussite par Kimball, en septembre 1853. Mais la gloire d'avoir entrepris systématiquement la lutte contre le fibrome utérin, d'avoir établi une technique rationnelle, appartient à l'illustre Kœberlé qui, depuis 1863, pratiqua l'ablation de l'utérus par la voie abdominale. Il faut lire les observations de Kœberlé pour constater quel courage il fallait au grand gynécologiste de Strasbourg pour entreprendre ces formidables opérations pour d'énormes fibromes souvent compliqués d'inflammations péri-utérines. Péan vint après et

perfectionna la méthode. Freund et Bardenheuer imprimèrent une impulsion nouvelle à l'hystérectomie abdominale.

Le fibrome était attaqué aussi par la voie vaginale. On n'a pas oublié que Péan, en mettant en pratique les principes du morcellement parvint à extirper des fibromes de volume considérable.

L'opération par la voie vaginale était, somme toute, moins grave que celle qui se pratiquait par la voie sus-pubienne. La gravité de l'hystérectomie abdominale arrêtait avec raison l'essor de cette opération. Une réaction se produisit, à un moment donné, contre l'ablation des fibromes. On se demanda s'il n'était pas possible de mettre en pratique une thérapeutique moins meurtrière.

Sans doute,quelques chirurgiens de l'ancienne école s'attardèrent dans le traitement médical. Le seigle ergoté, l'ergotine sous forme de piqûres, le cannabis indica, l'hydrastis canadensis, l'hamamelis, furent essayés et ne donnèrent guère de satisfaction.

*
* *

On se tourna alors du côté des opérations réputées les plus bénignes et les plus simples.

La dilatation utérine dans ses formes variées fut mise à l'essai et dans des cas assez rares sembla donner quelques résultats. Les hémorragies s'arrêtèrent pendant quelque temps. Ces succès, qui étaient exceptionnels, n'avaient qu'une durée éphémère.

La discision du col, déjà employée par Dupuytren, remise en honneur par West, tomba avec juste raison dans l'oubli.

L'hémorragie, tel était le symptôme prédominant contre lequel les moyens médicaux et chirurgicaux n'étaient que trop vainement employés. On avait constaté l'existence d'une endométrite ordinairement très marquée pendant l'évolution du fibrome. Les phénomènes hémorragiques furent mis sur le compte des lésions de la muqueuse. Il était rationnel de penser que le curage utérin déjà employé avec succès dans l'endométrite pouvait être tenté avec quelques chances de succès.

Dès 1876, Winckel (de Munich) pratiqua l'abrasion de la muqueuse utérine pour remédier aux hémorragies dues au fibrome utérin. Je fus, je crois, un des premiers en France à appliquer l'abrasion de la muqueuse pour fibrome et je publiai sur cette question, en 1891, un article dans la *Médecine moderne*.

Sans doute, l'hémorragie s'arrêtait dans un certain nombre de cas, mais cette thérapeutique intra-utérine bénigne et facile était d'abord inapplicable chez quelques malades et ne donnait le plus souvent que des résultats aléatoires, fugaces et peu encourageants. Le curage, même en supprimant l'hémorragie, n'arrêtait d'aucune façon la marche de la tumeur. Aussi l'opération de Récamier appliquée à la cure du fibromyome fut progressivement délaissée.

L'électricité donna de grandes espérances. La méthode d'Apostoli surtout fut employée avec succès. Les protagonistes des méthodes électriques déclarèrent à l'envi que la cure du fibrome était sûrement réalisée avec plus ou moins de patience par des applications électriques, soit dans la cavité vaginale seulement, soit dans le trajet cervico-utérin. Ces espérances ne se sont pas entièrement réalisées, il s'en faut de beaucoup. Sans vouloir entrer dans de longs développements sur la valeur du traitement électrique dans le cas spécial qui nous occupe, je dirai que la méthode d'Apostoli, en particulier, arrête les hémorrhagies dans un certain nombre de cas, procure quelques soulagements et donne parfois l'illusion d'une guérison au moins symptomatique. Mais, l'électricité n'arrête pas l'évolution du fibrome, qui au bout d'un temps variable, saigne de nouveau, se développe davantage. se complique et dégénère.

D'autre part, cette thérapeutique n'est pas aussi inoffensive qu'on veut bien le dire. Delbet a colligé 659 cas et a trouvé que le traitement électrique appliqué indifféremment aux fibromes simples ou compliqués d'inflammations annexielles avait donné une mortalité qui atteignait 3 p. 100.

A mesure que le champ des opérations sanglantes s'élargissait et qu'en même temps s'abaissait le chiffre de la mortalité de ces interventions, les indications du traitement électrique se restreignaient progressivement.

*
* *

Les *ligatures atrophiantes* ont été employées pour arrêter les hémorrhagies des fibromes.

Depuis longtemps, on sait que les ligatures des artères qui se rendent à la langue amènent un certain arrêt dans la marche du cancer lingual. En privant l'utérus du sang qui lui arrive surtout par les utérines et les utéro-ovariennes, on s'est dit que, sans enlever les tumeurs, on déterminerait un certain

degré d'ischémie et par suite une atrophie des tumeurs fibromyomateuses.

Martin, Goltschalck, et beaucoup d'autres ont préconisé la ligature des artères utérines par la voie vaginale. Je ne veux pas décrire les différents temps de cette opération que l'on trouve exposée dans les récents traités. Soit que l'on mette des ligatures ou que l'on se contente de pincer les utérines, il n'en est pas moins vrai que les résultats obtenus n'ont pas été durables. Sans doute, les hémorrhagies ont une tendance à diminuer, mais bientôt elles reparaissent avec toute leur intensité. Il est évident que le sang arrivait bientôt en plus grande abondance, par l'utéro-ovarienne en particulier.

On a essayé de faire mieux. L'incision sus-pubienne a permis de poser des ligatures sur les artères utéro-ovariennes et sur les deux utérines. Mais on n'a pas atteint le but désiré : à savoir, l'arrêt complet des hémorrhagies et la régression des tumeurs fibreuses. Les ligatures qui ont porté sur les gros vaisseaux du bassin n'ont pas mieux réussi et force a été de reconnaître qu'il ne s'agissait pas là d'une méthode conservatrice et sûre.

Une opération qui consiste à anémier un organe au point d'en amener l'atrophie ne peut être considérée comme une intervention conservatrice de la fonction.

C'est qu'en effet les ligatures atrophiantes n'ont été employées qu'à titre d'expédient et non pas dans un but conservateur de la fonction.

Dans certains états graves, la malade atteinte de fibrome, affaiblie, albuminurique parfois, est hors d'état, du moins d'après les suppositions du chirurgien, de supporter une hystérectomie. Cependant il est urgent d'arrêter les hémorragies et le développement de la tumeur. On pratique la ligature ou le pincement des utérines par la voie vaginale, opération facile et bénigne. C'est un minimum ; mais, somme toute, si on n'atteint pas le but, on n'aura pas compromis la vie de la malade.

Ailleurs, l'application des ligatures se fait dans des conditions un peu différentes.

On pratique la laparatomie. La tumeur est très volumineuse et surtout très adhérente ; le chirurgien, après des tentatives réitérées, estime qu'il ne viendra pas à bout du fibrome. Il tente l'extirpation des annexes. Mais les ovaires et les trompes sont perdus au milieu de la masse et enfouis dans des adhérences qui ne permettent pas de trouver les annexes. On se contente de placer des ligatures aux endroits où doivent se

trouver les artères qui se rendent à l'utérus. Ces ligatures dites atrophiantes ne sont pas curatives, dans l'esprit même de l'opérateur, il s'agit d'une *manœuvre de nécessité*, d'un *pis aller* dans la cure du fibrome.

Je crois donc qu'à aucun titre, on ne doit faire entrer ces manœuvres dans le traitement conservateur des fibromes utérins. Il suffisait de les signaler et d'indiquer en peu de mots leur portée thérapeutique.

Il reste à étudier deux méthodes conservatrices au premier chef, je veux parler de l'extirpation des fibromes par la voie vaginale ou par la voie abdominale avec conservation de l'utérus et des annexes, au moins d'un côté.

1° *Extirpation des fibromes par la voie vaginale* : a) *sans ouverture du péritoine*, b) *avec ouverture du péritoine.*

a) *Extirpation par la voie vaginale sans ouverture du péritoine.*

L'idée n'est pas nouvelle. Elle date de 1833. Velpeau l'avait exprimée dans des termes fort clairs. Il s'agissait d'un polype plus ou moins volumineux, d'un fibrome pédiculé et faisant plus ou moins saillie dans la cavité vaginale à travers l'orifice externe du col dilaté. Quoi de plus naturel que d'attaquer une tumeur qui se présentait ainsi ?

On sait que c'est Amussat qui, en 1840, réalisa dans la pratique la conception de Velpeau. La polypectomie fut exécutée un grand nombre de fois non seulement par Amussat, qui en posa les règles opératoires, mais par un assez grand nombre de chirurgiens parmi lesquels il suffit de citer Lisfranc, Dupuytren, Maisonneuve, Langenbeck, Kiwich, Martin, etc.

L'opération fut menée à bien dans un bon nombre de cas. Mais il ne faut pas oublier que les essais datent de l'ère préantiseptique et que de trop nombreux désastres survinrent à la suite de ces interventions.

Les chirurgiens qui enlevaient les tumeurs par la voie vaginale suivant la méthode d'Amussat appliquaient la méthode aux fibromes pédiculés, faisant nettement saillie sinon dans le vagin du moins dans la cavité utérine.

Le mérite d'avoir essayé l'énucléation des tumeurs interstitielles par la voie vaginale appartient à Emmet qui, en 1874, fit ses premières tentatives.

Péan, en 1889, a élargi le champ des opérations dans les cas de ce genre et a publié une technique qui évidemment permettait de mener à bien les interventions de ce genre.

Péan désinsérait le col par une incision circulaire. Il re-

poussait en avant la vessie et mettait sur les côtés l'uretère à l'abri des traumatismes. Il abattait le col et pénétrait par des discisions dans la cavité utérine, siège de la tumeur qui était vigoureusement saisie avec des pinces de Museux, sectionnée, divisée, morcelée avec de longs bistouris ou de grands ciseaux. Le chirurgien de Saint-Louis parvenait à réduire considérablement le volume de la tumeur et en fin de compte à lui faire franchir la filière utéro-vaginale. Je passe sous silence tous les détails de cette intéressante opération, du reste très connue.

Les imitateurs de Péan firent mieux. Ils se demandèrent — non sans raison — s'il n'était pas possible de conserver le col, s'il était indispensable de désinsérer suivant la méthode du protagoniste de l'opération.

N'était-il pas plus simple de pratiquer une large incision bilatérale du col, de faire la discision de l'orifice interne et d'arriver ainsi par une large brèche dans la cavité utérine ?

Une telle opération, qui permettait après l'extirpation du fibrome de suturer les lèvres du col, de ne pas enlever la partie intra-vaginale de l'utérus, ne méritait-elle pas toutes les préférences des gynécologistes conservateurs ?

Dès 1889, j'ai assisté pour ma part à des opérations ainsi conduites.

Mais tandis que Péan morcelait avec ténacité en se servant de bistouris et de ciseaux courbes, en abaissant l'utérus avec des pinces, en saisissant les différentes portions de la tumeur entre les mors d'une pince de Museux de différents modèles, des opérateurs récents ont eu l'idée non seulement de renoncer à l'extirpation du col, mais de saisir la tumeur et de l'abaisser à l'aide de tire-bouchons. D'autres employaient non-seulement le bistouri pour pratiquer le morcellement, mais se servaient d'instruments qui creusaient la tumeur, y déterminaient des excavations qui avaient pour but de réduire le volume du fibrome, et de donner prise aux pinces à abaissement.

Le tire-bouchon ? Qui avait inventé ce merveilleux instrument ? La discussion était ouverte sur ce point. Il suffisait cependant d'ouvrir le livre de Churchill, traduit en français en 1866 sur la 5e édition anglaise, pour voir la reproduction du tire-bouchon de M. Clintock destiné à exécuter l'opération d'Amussat.

Sans doute, l'on doit conserver le nom de tous les chirurgiens qui ont contribué dans une mesure quelconque à ajouter des

perfectionnements à des opérations anciennes, mais il serait injuste d'enlever aux innovateurs le mérite d'avoir pratiqué des opérations qui ont pu être oubliées, mais qui n'ont pas cessé d'être excellentes et qui ont bénéficié, au point de vue des résultats, des pratiques listériennes.

Des objections nombreuses ont été faites à l'opération d'Amussat même perfectionnée.

On a dit que l'opération exposait aux hémorragies et à des pertes de sang très graves. Sans doute, l'hémorragie est une éventualité qui doit être présente à l'esprit du chirurgien au cours de l'intervention, mais cette crainte est exagérée, et dans la majorité des cas il n'y a pas lieu de redouter cet accident qui peut être conjuré quand il se produit.

L'utérus — on l'a répété — peut être perforé à l'improviste. L'instrument pénètre dans le péritoine qui peut être, par suite, infecté par le transport des germes pathogènes contenus dans la cavité de la matrice.

Il y a plus. L'instrument peut produire une boutonnière dans les tuniques utérines et perforer un organe voisin.

Dans un certain nombre de cas, l'opérateur a crevé des poches suppurées péri-utérines et par suite dépassé la zone dans laquelle il voulait évoluer.

Ces reproches sont peu justifiés et de médiocre valeur. Somme toute, le chirurgien peut dans la grande majorité des cas respecter la coque utérine et limiter son champ d'action dans la cavité utérine.

Mais on a objecté la gravité de cette opération.

Le fait est faux. Le morcellement par la voie vaginale d'un fibrome même volumineux est bénin. On est surpris de constater combien les femmes qui ont subi une longue opération et un morcellement pénible supportent avec facilité ces interventions prolongées. L'objection tirée de la gravité n'a donc aucune valeur.

Mais il est d'autres considérations qui doivent être examinées avec plus d'attention. Elles sont, en effet, de nature à inspirer des réflexions qui n'aboutissent pas à l'adoption systématique de la myomectomie par la voie vaginale.

J'ai dit plus haut que le sarcome de l'utérus, que l'épithélioma de la matrice, coexistaient dans un certain nombre de cas avec le fibrome utérin.

Si l'on se borne à attaquer le ou les fibromes par la voie vaginale, on risque de laisser en place des portions plus ou moins

larges de muqueuse dégénérée. Le sarcome qui existe dans un coin de la muqueuse utérine passe inaperçu. Inutile d'insister sur les conséquences.

Ce n'est pas tout. L'opération d'Amussat perfectionnée est loin d'être applicable dans tous les cas.

(*A suivre.*)

TRAITEMENT D'URGENCE DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES NON PUERPÉRALES

L. DUBAR et G. POTEL.

1° Deux bons procédés sont d'abord à essayer : l'irrigation d'eau très chaude, le tamponnement du vagin.

a) Pour pratiquer les *irrigations d'eau très chaude*, mettez la malade dans le décubitus horizontal en travers du lit, le siège débordant un peu le matelas. Une toile cirée fait gouttière et conduit le liquide de l'injection dans un seau placé à cet effet. Faites, au moyen d'un bock nanti d'une canule en verre, passer une grande quantité d'eau très chaude, six, huit, dix litres d'eau à 45° et 50°. Recommencez ces injections ; deux fois, trois fois par jour et plusieurs jours de suite.

Ces irrigations agissent en amenant une contraction des parois des petits vaisseaux. Elles conviennent surtout aux cas où les tissus sont friables et où d'autres moyens topiques peuvent déchirer les tissus.

Dans tous les cas, elles suffisent souvent à modérer l'écoulement sanguin ou même à le tarir momentanément, et permettent d'établir le tamponnement dans de meilleures conditions.

b) *Tamponnement du vagin.* — Il faut se munir d'un spéculum ou d'une valve, d'une pince longue et de tampons. On peut à la rigueur mettre quelques tampons sans valve, mais outre que l'on voit mal ce que l'on fait, l'exécution sera difficile : les premiers tampons vont essuyer le mucus, et le vagin devenu râpeux ne laissera plus passer les autres. La malade va souffrir, crier. On se hâtera d'en finir, le tamponnement sera mal fait.

Si on le peut, les tampons seront faits avec de la charpie. Malgré qu'on en ait dit beaucoup de mal, la charpie est le meilleur pansement contre l'hémorragie. Mais il faut de la charpie étuvée. Si l'on est à la campagne, une fois la charpie faite, on la met dans le four de la cuisinière, d'où on la retire dès qu'elle commence à roussir. La température (environ 200°) à laquelle elle aura été soumise l'aura débarrassée de tous ses germes. La ouate hydrophile et la gaze iodoformée peuvent également servir, mais elles laissent souvent filtrer le sang.

Les tampons préparés, l'injection vaginale donnée, mettez le

spéculum ou la valve, et placez méthodiquement les tampons dans les culs-de-sac, puis progressivement dans le vagin, en tassant légèrement. Replacez la malade dans la position horizontale et recommandez-lui de faire le moins de mouvements possibles.

Tout n'est pas fini. Il faut maintenant surveiller attentivement la malade et ne pas laisser trop longtemps le tamponnement en place, quarante-huit heures au maximum.

Car si le tamponnement est un moyen précieux qui arrête parfois l'hémorragie d'une façon définitive, il peut avoir ses inconvénients : il facilite l'ulcération des tissus enflammés ou cancéreux. Le sang peut s'accumuler au-dessus des tampons et produire une hémorragie interne. Les tampons deviennent rapidement septiques. Enfin, le tamponnement amène presque toujours de la rétention des urines et des matières fécales. N'abandonnez donc pas une malade à elle-même sur la foi du tamponnement.

c) Un troisième moyen, *l'application de glace ou d'eau froide sur le ventre* est un adjuvant qui peut rendre des services dans certaitaines hémorragies internes. Celles qui s'accompagnent de tension du pouls, de battements artériels dans le vagin, de sensation d'ardeur, de chaleur, d'éréthisme dans le petit bassin, de douleurs vives, sont dites actives et appellent de préférence l'emploi de la refrigération abdominale.

2° *L'hémorrhagie persiste malgré le traitement.* — *Ce qu'il ne faut pas faire* : c'est d'avoir recours au procédé d'Emmet, qui fait une suture temporaire du col au risque d'avoir une hématométrie ou une hémorragie intra-péritonéale ; c'est aussi de tenter la ligature des artères utérines préconisé par Martin : il s'agit là d'une véritable intervention chirurgicale, et alors autant vaut tout de suite faire une intervention radicale et traiter l'affection même, source de l'hémorragie.

Ce que l'on doit faire, c'est la *dilatation du col,* soit avec des éponges préparées s'il n'y a pas urgence, soit immédiatement par l'incision du col, sans employer les bougies de Hegar, qui ici offensent trop ; l'incision a l'avantage de permettre d'extirper un polype fibreux, s'il se présente. La dilatation ainsi obtenue permet d'atteindre par le tampon intra utérin, par les hémostatiques, la source même de l'hémorragie. Des attouchements par exemple avec une solution concentrée de

Antipyrine...........	5 grammes.
Eau stérilisée........	10 grammes.

font cesser une hémorragie, que ni le tamponnement, ni les injections vaginales n'avaient pu arrêter. (*Echo médical du Nord*, p. 312, 1901.)



OBSTÉTRIQUE

DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES (1).

Depuis longtemps, il est une question qui intéresse au plus haut point les accoucheurs et gynécologues, c'est la question des grossesses ectopiques.

Cette anomalie est beaucoup discutée dans ses causes, sa marche et dans son traitement.

En ce qui concerne les causes de l'ectopie gravidique, on ne peut toujours être édifié d'une façon certaine, on ne peut que faire des hypothèses. Il s'agirait de perturbations dans la migration d'un ovule fécondé, laquelle migration durerait un peu trop longtemps avant d'arriver dans l'utérus et ce fait suffirait à amener la fixation de l'œuf dans une partie du conduit tubaire. Cette fixation aurait elle-même pour cause des changements survenus entre temps, dans la composition de l'ovule fécondé, lequel ne pourrait alors progresser vers la cavité utérine ou bien un état congestif de l'oviducte suffirait à arrêter l'acheminement.

D'autrefois des rétrécissements mécaniques des trompes en réduiraient fortement le calibre, à tel point que l'œuf se trouverait trop volumineux pour franchir l'obstacle. Il s'agirait en ce cas de coudures, de plicatures des conduits, ou plus fréquemment d'adhérences inflammatoires.

Enfin, ce qui semble fréquent dans l'étiologie qui nous occupe, c'est l'inflammation de la trompe elle-même. Il est un fait certain, c'est que parmi les patientes ayant présenté de l'ectopie gravidique le plus grand nombre avait antérieurement souffert de l'utérus et des annexes.

Quelle que soit la cause, le fait est là. Les grossesses extra-utérines sont plus fréquentes qu'on ne l'avait cru et il est bon que le médecin ait toujours présente à l'esprit la possibilité de la chose lorsqu'une femme consulte pour des symptômes subjectifs ou objectifs se rapprochant de ceux d'une grossesse normale, bien que l'utérus soit vide. Ce diagnostic présente de grandes difficultés et exige, pour être fait avec exactitude, une prudence extrême. En effet, une patiente nous arrive avec des symptômes de grossesse contrariée par des douleurs, tiraillements, etc., dans un des côtés. Vous trouvez chez elle une matrice augmentée de volume, molle, quelquefois élastique et un peu globuleuse, moins cependant que dans la gravidité normale. A côté de cette matrice existe une autre tumeur globuleuse, élastique et souvent mobile.

De quoi s'agit-il ? Grossesse concomitante à un kyste salpingien ou ovarique.

(1) Causerie à la Policlinique et reproduite par la *Gazette médicale de Liége*, par le docteur Galhausen.

Introduire un cathéter dans la matrice donnerait la certitude de la vacuité ou de la gravidité de celle-ci, mais exposerait fatalement à provoquer l'avortement de la grossesse si utérine elle est; le mieux donc est de revoir la parturiente après l'avoir soumise au traitement de repos; voir alors si la masse juxta-utérine est augmentée de volume ou l'utérus si lui-même augmente, on peut alors tirer les conclusions que vous devinez.

Bref, le diagnostic d'ectopie gravidique est très difficile et ne peut se faire avec quelque certitude qu'à une époque avancée de la grossesse ou après que les accidents de rupture, hémorragie, etc., se sont produits.

Le diagnostic fait, quelle est la conduite à tenir? La presque généralité des accoucheurs est d'avis qu'il faut interrompre la gestation en intervenant chirurgicalement. Se conduire autrement est une véritable témérité qui peut quelquefois réussir, cela s'est vu. Pour intervenir lorsque l'œuf est encore intact, au moins dans sa forme (des ruptures ou hémorragies internes pouvant déjà s'être produites), on peut arriver par la voie vaginale ou par l'abdominale. L'une et l'autre peuvent donner de bons résultats. Je pense cependant qu'à part de rares exceptions près, la voie abdominale est la seule qui permette d'opérer convenablement et complètement et permet de conjurer facilement tous les accidents qui peuvent se présenter au cours de l'opération. Encore cette voie ne permet-elle pas toujours d'enlever toute la partie anormale, des adhérences peuvent déjà exister entre la partie gravide et les organes péri-voisins. Dans ce cas, la marsupialisation du kyste fœtal devient nécessaire et l'élimination ne peut que se faire lentement.

Enfin dans le cas de grossesses rompues, les deux voies peuvent encore être suivies, tantôt l'une, tantôt l'autre, tantôt même toutes les deux selon l'occurrence.

Après la rupture de l'œuf, il arrive que l'hémorragie qui en résulte se limite petit à petit et vient siéger dans la partie inférieure du bassin, le plus souvent dans le Douglas, la masse hématique s'enkyste et fait saillie dans le vagin qui devient ainsi la meilleure voie opératoire. On peut rencontrer, après colpotomie (c'est-à-dire ouverture par le vagin) le fœtus ou l'œuf au milieu de caillots sanguins nombreux et volumineux ou d'une assez grande quantité d'un liquide poisseux, mais le plus souvent cet œuf est dissous et on en retrouve difficilement les traces. D'autres fois au contraire, l'hémorragie se fait avec fracas, se répand dans toute la cavité abdominale et compromet fortement la vie si une intervention n'est faite rapidement et ce par la voie abdominale qui seule alors permet d'arrêter l'hémorragie et de nettoyer complètement l'abdomen des caillots ou sang liquide qu'il contient. L'expectative peut être prescrite dans le cas où l'épanchement sanguin semble bien limité, les réactions peu ou pas marquées; en ce cas, le repos le plus complet possible, l'hydrothérapie et l'emploi de substances

résolutives : glycérine iodo-iodurée, glycérine ichtyolée, etc., peuvent amener très rapidement la disparition de l'hématocèle et permettre ainsi un rétablissement presque intégral des parties.

Il résulte de ces faits que les grossesses ectopiques sont relativement fréquentes.

Leurs causes multiples et variées, leur marche presque fatalement sont interrompues à échéances plus ou moins courtes, le diagnostic difficile et le traitement variable suivant les cas.

PROVOCATION DU TRAVAIL PAR LE DILATATEUR DE BOSSI (DE GÊNES).

Dans les cas d'éclampsie, de placenta prœvia et dans d'autres circonstances où il est indiqué de terminer l'accouchement, notre distingué confrère, M. le prof. *Léopold* a utilisé *avec succès* le dilatateur de Bossi. Il a publié les résultats obtenus dans les *Archiv. fur. Gynækologie.*

Voici la description de cet appareil dilatateur donnée par Charles dans la 3e édition de son *Cours d'accouchements*, t. II, page 137 : « Bossi (Gênes) a présenté, le 12 avril 1896, à la *Société obstétricale de France*, un divulseur métallique, à 3 branches, qui, en s'écartant, peuvent donner une dilatation de 11 centimètres. Il l'emploie même quand le col commence à peine à se dilater et à toutes les périodes de la grossesse ; dans 38 cas d'éclampsie, on a pu terminer l'accouchement par ce moyen, en moins d'une heure ; on a eu seulement 2 femmes et 5 enfants morts. L'instrument a été employé dans 112 accouchements, 47 fois le col n'avait aucune dilatation, et, pour 29, il avait sa longueur normale : le temps a varié entre 15 minutes et une demi-heure ; aucun décès maternel ne peut être imputé à l'opération, d'après l'auteur. Ce sont déjà de beaux états de service ». Tels sont les faits observés.

Jetons maintenant un coup d'œil sur les cas relatés par Léopold. Cet opérateur a employé le dilatateur de Bossi, sans observer *un seul décès* maternel, dans 7 cas d'éclampsie, chez une tuberculeuse avancée à peu près à terme, dans un cas de tétanos utérin, chez une parturiente atteinte de fièvre et dans un cas de rétrécissement du bassin. Dans cette dernière observation, la patiente avait de la fièvre pendant le travail, on a pu dilater l'orifice cervical, et faire la crâniotomie sur l'enfant mort. La mère est sortie guérie du service le 15e jour après l'accouchement.

Dans *tous* les cas, Léopold a obtenu la dilatation du col utérin en un espace de temps variable de 20 à trente minutes seulement. Avant toute espèce d'intervention opératoire, le col était soit perméable au doigt, soit dilaté comme 3 marks.

Quels sont les effets du dilatateur de Bossi ?

A noter dans quelques cas une *légère déchirure* du tissu cervical *immédiatement* fermée par la suture des lèvres de la plaie.

L'action du dilatateur a été rapide et utile chez les éclamptiques. Grâce à une dilatation cervicale évaluée de 8 à 10 centimètres de diamètre, il a été aisé de faire l'accouchement artificiel dans ces sortes de circonstances particulièrement graves.

Le dilatateur de Bossi a donc donné de bons résultats dans deux services cliniques. C'est un instrument dont il convient de recommander l'emploi.

DE L'EMPLOI VAGINAL DU COLPEURYNTER DE BRAUN EN ACCOUCHEMENT.

Le docteur Voigt, assistant du professeur Léopold, de Dresde, dans un article publié dans les *Archiv. für Gynækologie*, dit que le colpeurynter de Braun devrait être beaucoup plus employé et que le discrédit où il est tombé n'est guère mérité. C'est surtout parce qu'on ne le place pas bien et qu'on ne le choisit pas approprié ou observé et favorable à ce genre d'intervention, qu'il a obtenu cette réputation. Il sert surtout :

1° A la conservation des eaux, que la poche soit rompue ou non ;
2° A la préparation des parties molles ;
3° A Augmenter les douleurs existantes.

Il faut que les douleurs soient de vraies douleurs, que le ballon soit de grandeur voulue et fortement rempli.

Il ne sert pas quand le col ne s'ouvre pas à cause de fortes cicatrices, et il est préférable d'employer le tamponnement du vagin avec de la gaze ou de la ouate dans les cas de placenta prœvia.

Il rend toute une série d'opérations inutiles par son emploi et lorsque c'est nécessaire, il est un bon excitant du travail. Il est sans influence sur les suites des couches et a une action favorable sur la vie de l'enfant.

C'est surtout dans les cas de bassin trop étroit qu'il conserve bien les eaux et qu'il permet très souvent des accouchements spontanés. Sur 390 cas de bassin ayant un diamètre promonto-sous-pubien au plus de 10.5 et jusque moins 9.6, il y eut 239 cas d'accouchements spontanés. Les autres furent terminés soit par le forceps, la perforation ou la version. La version fut faite 22 fois alors que le diamètre sacro-sus-pubien mesurait 10.5-9,5 et 36 fois 9.6 et moins, parce que la tête ne s'engageait pas, 4 fois la poche des eaux étant déjà rompue avant l'introduction du Colpeurynter. Elle fut faite 11 fois pour position transversale.

Lorsque le bassin est normal, on emploie le colpeurynter dans les cas de placenta prœvia mais, comme nous l'avons dit, il est préférable de tamponner et lorsqu'il y a de l'éclampsie afin de pré-

cipiter l'accouchement. On en a fait usage 19 fois, quelquefois la nécessité fait terminer l'accouchement par une opération.

Le colpeurynter parvient aussi à améliorer la position de la tête et son emploi parvient à obtenir un accouchement spontané en cas de présentation de la face 5 fois sur 6.

Le colpeurynter est encore très utile dans les accouchements chez les gens âgés en préparant les parties molles, et chez les femmes auxquelles on a fait la colporrhaphie.

En hâtant l'accouchement, il est très utile à la vie de l'enfant surtout quand la poche s'est rompue trop tôt.

Et c'est ainsi que l'emploi vaginal du colpeurynter de Braun n'a aucune influence fâcheuse sur les suites de couches et que, comme il rend souvent des opérations superflues ou qu'il a préparé toutes les voies, il est très souvent utile. (*Journal d'accouchements de Liège*).

PÉDIATRIE

DE L'ATROPHIE INFANTILE PRIMITIVE (A PROPOS DE LA NOUVELLE THÉORIE DES FERMENTS SOLUBLES)

D'après le professeur Luigi CONCETTI (1).

Les intéressantes discussions qui se sont produites au quatrième congrès italien de pédiatrie, tenu à Florence, du 15 au 20 octobre dernier, à propos des rapports de MM. les professeurs Fede et Berti sur l'*atrophia primitiva infantum*, ont décidé M. L. Concetti à exposer dans quelles limites, selon lui, devrait se mouvoir la conception de cet état morbide qui est propre aux premières périodes de l'âge infantile. Cette conception repose sur plusieurs séries de recherches faites dernièrement dans sa clinique par ses assistants, MM. les docteurs Valagussa, Spolverini, Luzzatti et Biolchini, concernant les ferments solubles du lait, selon les idées énoncées par le professeur Escherich au Congrès international de médecine de Paris de 1900, recherches qui furent aussi exposées au Congrès de Florence, et nous pouvons résumer ces recherches en prenant pour guide le mémoire que M. Concetti vient de publier dans les *Archives de médecine des enfants*.

Quand on étudie l'atrophie infantile, on constate que le plus souvent, on confond la forme vraiment *primitive* avec celle qui est *secondaire* et commune à tous les âges. Lorsqu'à un nouveau-né, on donne un aliment insuffisant, soit en qualité, soit en quantité, il tombe certainement dans l'atrophie, mais c'est l'inanition banale de tous les âges, de toutes les constitutions. De même, si on lui donne un aliment grossier, ou altéré, ou en quelque façon nuisible, il en résulte des fermentations anormales avec des

(1) *Arch. de méd. des enfants*, 1902, n° 3.

produits irritants toxiques, qui produisent une atrophie, l'atrophie secondaire qui peut être présentée par tous les sujets sans distinction d'âge, de provenance, de résistance individuelle. Mais le tableau de la véritable atrophie primitive nous est donné par ces enfants qui à *cause d'un défaut inné de leur organisme, sont incapables de profiter d'une alimentation cependant tout à fait conforme aux règles de la physiologie et de l'hygiène.*

Pour qu'un enfant profite d'une alimentation convenable, il est nécessaire que s'accomplissent deux actes biologiques, tous les deux de la plus haute importance : 1° que les principes élémentaires dont l'aliment se compose, puissent être transformés pour en rendre possible l'absorption de la part de l'estomac et de l'intestin ; 2° qu'après l'absorption, ils puissent être assimilés et transformés en matière organisée de la cellule vivante. Le premier de ces actes, c'est la digestion, l'autre c'est l'assimilation. Que l'un ou l'autre, ou que tous les deux viennent à manquer ou à s'accomplir d'une façon trop restreinte et l'enfant deviendra atrophique.

Jusqu'ici la plupart des recherches ont envisagé le premier seulement de ces actes, et presque personne ne s'est occupé du second. Et encore, à propos du premier, on a voulu à tort considérer, comme condition étiologique nécessaire, la présence d'états morbides qui entrent en jeu seulement pour l'atrophie secondaire. Au contraire, pour rester dans les limites de l'atrophie primitive vraie, envisagée dans ses rapports avec le défaut du premier acte biologique de la nutrition, c'est-à-dire de l'acte digestif, on doit logiquement considérer seulement *la disproportion entre un aliment exactement physiologique et les activités digérantes des ferments digestifs*. De même, l'atrophie primitive, envisagée dans ses rapports avec le défaut de l'acte d'assimilation, doit être considérée comme résultant de *la disproportion entre les principes élémentaires absorbés dans l'intestin et circulant dans le sang et dans les tissus, et les activités biologiques (ferments assimilateurs) par lesquelles ils peuvent être transformés en protoplasma cellulaire vivant.*

Chez les enfants, l'activité des enzymes digestifs est beaucoup plus limitée que chez les adultes. Baginsky avait déjà, il y a longtemps, démontré que le développement des glandes qui les sécrètent est très en retard chez les nouveau-nés et qu'elles ne sont au complet qu'à une période assez éloignée de la naissance. D'un autre côté, de nouvelles recherches ont appris que le ferment amylolytique n'existe, au moins en quantité appréciable, qu'au cinquième ou sixième mois. Le ferment lipolytique, dans les premiers mois de la vie, est capable de dédoubler les graisses finement émulsionnées du lait, mais il les laisse passer inaltérées dans les matières fécales, si elles arrivent dans l'intestin en gouttes volumineuses. Les ferments protéolytiques sont, dans la plupart des cas, incapables de digérer la caséine du lait de vache et de chèvre, et surtout les autres albuminoïdes, celles des œufs, de la viande, etc.

Le lait est le seul aliment qui convienne aux activités digestives de l'enfant, et qui, en même temps, contienne dans la juste proportion tous les éléments nécessaires, non seulement à son entretien, mais aussi à son accroissement. Or, il y a des enfants qui, sans être affectés d'aucune maladie, ne peuvent digérer le lait. Il faut admettre que chez eux, par une sorte de défaut congénital, la production des ferments digestifs est inférieure à la normale et que le développement de l'appareil glandulaire est encore plus en retard que d'ordinaire. Cela doit arriver, par une loi physiologique, chez les prématurés. La syphilis héréditaire, l'empoisonnement dans la vie intra-utérine par une tuberculose ou par d'autres infections maternelles, doivent retarder aussi ce développement. On peut encore penser à la possibilité d'une hypoplasie congénitale des glandes digestives. Dans ce cas, c'est l'allaitement au sein, c'est surtout le lait maternel qui donne les meilleurs résultats. L'allaitement artificiel serait absolument désastreux, malgré toutes les modifications, tous les coupages, tous les essais pour le rendre analogue à l'allaitement naturel. Jusqu'ici on en a cherché la raison dans les différences physiques et chimiques. Mais le fait de n'avoir pas réussi prouve, comme disait justement Escherich, qu'on avait fait fausse route.

La différence, on doit la chercher surtout dans les propriétés biologiques. Les recherches entreprises à cet égard par Moro à la clinique de Graz, et continuées par Marfan, par Nobécourt, et surtout celles plus complètes faites dans la clinique de Rome par Luzzatti, Biolchini et Spolverini ont démontré que le lait de femme contient des ferments digestifs qui font défaut ou sont en proportion et d'une activité très restreintes dans le lait de vache et de chèvre. Il suffit d'une température de 70° pour rendre inactifs ces ferments. A ce point de vue, la stérilisation ne fait qu'empirer les conditions de l'allaitement artificiel, surtout pour certains enfants. L'expérience clinique avait du reste signalé déjà cette infériorité du lait bouilli sur le lait cru. L'expérience clinique avait aussi signalé un autre fait, à savoir que parmi les laits d'animaux, celui d'ânesse était le meilleur pour remplacer le lait de femme. Outre la constitution chimique déjà connue qui rapproche les deux laits, des recherches ont démontré aussi qu'au point de vue des ferments digestifs, le lait d'ânesse, sans les contenir d'une manière aussi constante et aussi actifs, comme le lait de femme, est le seul qui en contienne en une certaine mesure, de sorte qu'il tient une place intermédiaire entre les deux espèces de lait.

L'allaitement artificiel donne de bons résultats seulement chez certains enfants doués par exception de ferments digestifs très actifs. Mais il est évident que, dans la plupart des cas, l'allaitement artificiel en raison de l'absence de ferments digestifs aboutira à l'atrophie.

Il faut envisager maintenant la seconde phase de la nutrition

infantile, c'est-à-dire le processus d'assimilation qui doit transformer la molécule organique en matière protoplasmique vivante. C'est déjà dans la cellule de l'épithélium intestinal qu'on peut voir le premier indice de l'activité biologique du protoplasma qui transforme les peptones en albumine du sang, et qui recompose les graisses dédoublées par l'action des ferments lypolitiques en petites gouttelettes de graisse neutre, comme on peut les voir dans les premières radicules lymphatiques des villosités intestinales. Dans un acte ultérieur les divers éléments absorbés et transportés dans la circulation générale entrent dans la composition de la cellule vivante et se transforment en matière connective, en fibre musculaire, en élément nerveux, en cellule hépatique, rénale, osseuse, etc.

L'existence indiscutable des enzymes digestifs élaborés par des organes glandulaires spéciaux, et destinés à la transformation des aliments pour les rendre aptes à l'absorption, porte à admettre qu'il existe aussi des substances de la même nature, produites par la sécrétion interne des organes et des tissus, destinées à la sélection, et à la transformation des principes élémentaires absorbés en protaplasma des diverses cellules vivantes. Ces sécrétions internes, la production de ces tropho-zymases, selon une loi naturelle et d'analogie, seront moins développées chez l'enfant que chez les adultes et se compléteront seulement avec le progrès de l'accroissement, avec toutes les autres fonctions de l'organisme.

Comme pour les ferments digestifs, il faut donc admettre la possibilité des conditions spéciales qui retardent et rendent moins active la production de ces ferments qui président à l'assimilation dans les tissus. Ces conditions se rencontreront chez les prématurés, comme un fait simplement physiologique, chez les hérédo-syphilitiques (dystrophie parasyphilitique de Fournier), chez les enfants issus de parents tuberculeux (expériences de Maffucci et de Michele), ou trop jeunes ou trop vieux, ou consanguins, ou chétifs, ou névropathes, etc. Toutes ces conditions devront agir en arrêtant ou diminuant les sécrétions internes, et la production des tropho-zymases, en exerçant une action dystrophique générale. De la même manière, pourront agir certains états morbides dans les premiers mois de la naissance, surtout certaines maladies infectieuses, ou les toxi-infections de l'appareil gastro-intestinal, à la suite desquelles on voit les enfants tomber rapidement dans le marasme, non en rapport avec l'entité de la maladie.

Le manque de production des tropho-zymases s'allie souvent au défaut des enzymes digestifs. Mais quelquefois, il faut admettre que la production de ces derniers est normale, et que seulement les premiers sont insuffisants. Nous voyons, en effet, surtout chez certains hérédo-syphilitiques, chez certains enfants tuberculeux des atrophies très prononcées, malgré une grande voracité, et, malgré le parfait fonctionnement de l'appareil digestif. Lorsque

l'assimilation reste imparfaite, on a, comme dans les cas d'insuffisance digestive, une nouvelle source de production toxique dans l'intérieur des tissus qui s'ajoute aux conditions congénitales dans l'action dystrophique sur les protoplasmas cellulaires.

Aussi, dans ces cas, tous les praticiens connaissent la différence des résultats entre l'allaitement naturel et artificiel. Les enfants prématurés, les hérédo-syphilitiques, tous les arriérés, quelle qu'en soit la cause, même dans le cas exceptionnel où ils pourraient tolérer au point de vue digestif l'allaitement artificiel, le plus souvent tombent dans l'atrophie. Si quelqu'un semble en profiter, ses résistances sont si faibles, qu'à la première attaque de la maladie la plus légère, à la première indisposition, on le voit s'atrophier avec une rapidité épouvantable. Que l'on mette cet enfant au sein d'une nourrice, et avec la même rapidité on le voit fleurir, gagner en poids, prendre bonne mine. C'est le pendant du passage des formes invincibles de dyspepsie à la digestion parfaite.

De tout ce que nous venons de voir, nous sommes autorisés à admettre que, dans le lait de femme, à côté des ferments digestifs, passent aussi des tropho-zymases élaborées dans l'organisme de la nourrice pour suppléer à celles dont la production est faible ou retardée dans l'organisme du nourrisson. Le fœtus les reçoit par la voie placentaire, et l'allaitement maternel est le plus utile parce que, avec celui-là, comme s'exprime Parrot, l'enfant ne quitte pas l'organisme où il a évolué et avec lequel il se confondait, mais ne fait que transporter ses attaches de la profondeur (placenta) à la périphérie (mamelon) ; dans la mamelle il trouve ce qu'avant de naître il tirait du placenta.

On peut rapprocher de ces passages, le passage incontestable des toxines et des anti-toxines, des agglutinines, des substances immunisantes, de certains principes nuisibles qui se produisent dans l'organisme de la nourrice, par exemple dans la période menstruelle, dans le cas des émotions violentes, etc. Dans le lait de vache ou de chèvre, ces tropho-zymases se trouveront peut-être en moindre quantité, au moins si nous voulons conclure par rapport à ce que nous savons à propos des ferments digestifs ; peut-être sont-elles de nature différente, et ne conviennent-elles pas aux nécessités des activités nutritives et fonctionnelles d'un organisme appartenant à une autre espèce dans la série animale. La caséase (ferment sécrété par le pancréas) d'une petite génisse digère la caséine du lait de vache et non la caséine du lait de chèvre ou de femme. Nous pouvons de cette manière rendre plus facile l'explication de la supériorité de l'allaitement maternel, et du fait que certains enfants se trouvent bien avec le lait d'une nourrice, et dépérissent avec un autre à composition chimique non différente.

En tout cas, à ce point de vue, dans l'allaitement artificiel, on

devrait donner la préférence toujours au lait cru, parce que les hautes températures rendent inactifs tous les ferments (70°). L'observation clinique avait déjà signalé que plusieurs enfants se trouvent beaucoup mieux avec le lait cru qu'avec le lait bouilli, et surtout avec le lait stérilisé ou maternisé. Il est logique de penser que si on pouvait empêcher l'invasion des germes dans le lait on éliminerait par ce fait même la nécessité d'une stérilisation. Il est inutile d'insister sur toutes les difficultés qu'on aura à vaincre dans la pratique. Mais dans l'Amérique du Nord, on a fondé, sous la direction du professeur Rotch, une grande Compagnie pour la production du lait où le lait est stérilisé seulement dans le cas où il doit être consommé après vingt-quatre heures.

Au reste, si les dernières recherches faites par Spolverini viennent à être confirmées, nous pourrons espérer tirer de l'allaitement artificiel des bienfaits supérieurs à ceux qu'il nous a donnés. Spolverini a, en effet, trouvé, au moins pour certains ferments digestifs, qu'ils ne doivent pas être considérés comme spécifiques du lait de femme, et qu'on peut les faire paraître à volonté dans le lait de vache et de chèvre, en changeant seulement la nourriture de l'animal, et, ce qui est encore plus important pour la pratique, en donnant à manger à l'animal les ferments que l'on veut avoir dans le lait.

D'un autre côté, Valagussa vient d'expérimenter un autre ferment, la caséase de Duclaux. Il a trouvé que la caséase est le vrai ferment spécifique de la caséine, qu'il digère complètement, et avec une rapidité extraordinaire ; il a trouvé aussi qu'il résiste aux hautes températures jusqu'à 80 degrés, mais que son action ne s'exerce pas si la caséine a été portée à l'ébullition. A ce point de vue encore la stérilisation du lait peut donc être considérée comme dangereuse.

Par conséquent, si nous pouvons avoir un lait qui, sans être soumis aux hautes températures, nous garantira de tout danger d'infection, si nous pouvons faire apparaître dans ce lait les ferments digestifs, et jusqu'à un certain degré aussi quelques ferments assimilateurs, nous aurons vraiment rendu l'allaitement artificiel le plus conforme, sinon quelquefois supérieur, à l'allaitement naturel.

Comme on le voit, c'est tout un ensemble de recherches nouvelles qui s'offrent à l'étude des pédiatres. Il y a trente ans, disait Escherich, que nous nous sommes promenés par de fausses routes, sans y réussir. Les résultats que nous avons obtenus sont vraiment peu de chose, mais ils sont tels qu'ils nous autorisent à conclure que la route indiquée par Escherich est la vraie, et que c'est dans cette voie qu'il faut continuer, parce qu'ils s'accordent avec les observations cliniques et expérimentales et avec toutes les doctrines de la science moderne.

MÉDECINE LÉGALE

LES DÉCLARATIONS DE NAISSANCES

M. LUTAUD. — Il y a une vingtaine d'années, j'ai raconté ici qu'une déclaration d'état civil m'avait été refusée par un maire, parce que je ne voulais pas lui donner le nom ou le domicile de la mère. Un peu plus tard, j'eus des difficultés analogues pour me débarrasser d'un fœtus. Tout récemment encore, j'ai rencontré les mêmes difficultés à l'occasion d'un fœtus de 5 mois. Le maire, qui ne savait quel parti prendre en face de mon refus d'indiquer le domicile de la mère parce que ce renseignement eût permis de la faire reconnaître, alors qu'elle avait des raisons de rester anonyme, s'était adressé au Parquet pour demander des instructions. Il lui fut répondu qu'il devait non seulement refuser de prendre note d'une déclaration sur le registre institué par l'arrêté préfectoral visant les enfants morts-nés, mais refuser encore l'inscription d'aucun enfant sur les registres de l'état civil, si on ne lui faisait connaître au moins la demeure de la mère. Le refus que m'opposa le maire était basé sur l'impossibilité où il se trouvait de pouvoir faire la constatation du décès par le médecin d'état civil, si le domicile de la parturiente ne lui était révélé.

Que devons-nous faire des fœtus ? Les médecins, les sages-femmes ne pourraient-ils les déposer dans un local spécial ? A la morgue, par exemple, où les formalités de la constatation de décès pourraient être accomplies ?

Comme la Société de Médecine légale a déjà discuté cette question, je voudrais qu'une démarche fût faite auprès du Procureur de la République pour qu'il donne aux maires des instructions conformes aux votes antérieurs de la Société, laquelle a reconnu que le Médecin pourrait être poursuivi pour révélation du secret professionnel s'il faisait connaître le nom ou le domicile d'une femme qui tient à tenir secret son accouchement ou son avortement.

M. LEFUEL. — Je ne vois pas quel motif a pu dicter la lettre du Substitut. Peut-être l'impossibilité où se trouvait l'officier d'état civil de s'assurer si le fœtus était bien né dans son arrondissement.

M. JACOMY. — La jurisprudence du Parquet de la Seine a toujours été, à tort selon moi, d'exiger la déclaration du nom de la mère, alors qu'on devrait se contenter du nom de la rue et du numéro de la maison où a lieu l'accouchement.

M. Lutaud. — Faire connaître le domicile, c'est faire connaître la mère.

M. Socquet. — Dès l'instant où le médecin affirme que l'enfant est né dans l'arrondissement, sa déclaration doit être acceptée. Exiger le domicile, c'est faire connaître la mère si la moindre enquête a lieu. S'il n'y a pas d'enquête, pourquoi exiger le numéro et le nom de la rue ? Cette indication ne peut que faire planer le soupçon sur plusieurs personnes ?

M. Doumerc. — Cette question intéresse toutes les communes de France, puisque le médecin de la plus petite commune tout aussi bien que le chef de service du plus grand hôpital de Paris doivent déclarer la naissance d'un fœtus mort-né après un certain nombre de jours de gestation. Je crois qu'il y a lieu de nommer une Commission qui reverra de près les textes et rédigera un rapport que nous discuterons.

M. Maygrier. — M. Lutaud a soulevé deux questions, l'une relative à la déclaration du fœtus non viable et l'autre à la déclaration du fœtus arrivé au cent quatre-vingtième jour de la gestation.

M. Lutaud insiste en indiquant que le sujet ayant été épuisé par les discussions antérieures, il y a plutôt lieu de demander au Parquet de donner aux mairies des instructions dans le sens des conclusions déjà votées.

M. Lefuel croit qu'on ferait une confusion en demandant l'intervention du Parquet dans les déclarations de fœtus de moins de 180 jours, déclarations qui ne sont obligatoires qu'en vertu d'un arrêté préfectoral. La déclaration n'est obligatoire, d'après la loi, que pour les fœtus viables. Il y aurait donc plutôt lieu de voir à ce sujet le Préfet de la Seine pour le prier de rapporter son arrêté.

M. Lutaud. — L'ordonnance du Préfet de la Seine oblige à une déclaration, même quand le fœtus n'a que six semaines.

M. Jacomy. — Il ne s'agit donc dans le cas de M. Lutaud que de l'exécution d'une mesure simplement administrative, par conséquent c'est auprès du Préfet qu'il faut agir.

M. Doumerc. — La preuve que le vote qui a couronné notre première discussion n'a pas été suffisant se trouve dans cette circonstance que la déclaration de M. Lutaud a été refusée. En fait, une ordonnance préfectorale impose à un médecin une obligation à laquelle l'officier d'état civil met entrave à moins que le médecin ne consente à violer le secret professionnel. Nous devons donc discuter de nouveau la façon de nous y prendre pour tout concilier.

M. Constant. — Le plus simple serait de rappeler au Préfet les conclusions que nous avons déjà votées.

M. Rocher. — Dans une démarche antérieure faite auprès du Préfet de la Seine, j'avais obtenu la promesse que l'ordonnance ne serait jamais appliquée.

M. Bonnaire.— Deux jurisprudences sont en vigueur : A l'hôpital, les médecins sont obligés de signer toutes les déclarations d'expulsion de fœtus non viables, en indiquant le nom de la mère. Mais si une femme entre dans un service hospitalier sans donner aucun nom et qu'elle accouche d'un enfant mort ou vivant, ils en signent le décès ou la naissance, sans être forcés de fournir aucun renseignement.

M. CONSTANT donne lecture des conclusions votées le 12 juillet 1869, à la suite d'une discussion au cours de laquelle ont été envisagés tous les côtés de la question. Elles sont ainsi conçues :

« 1° Par accouchement, on doit entendre, dans l'article 56, la sortie « de l'enfant du sein de la mère ;

« 2° Les médecins, officiers de santé ou sages-femmes qui l'auraient « vu sortir du sein de la mère, ou qui auraient été appelés au moment « où cet enfant tenait encore à la mère par le cordon ombilical, sont « tenus de faire la déclaration. En dehors de ces deux cas, la loi « n'exige rien d'eux ;

« 3° Le médecin doit déclarer qu'un enfant de tel sexe est né dans « telle commune, à tel endroit déterminé ; il n'est pas obligé d'indi- « quer le nom de la mère ;

« 4° La déclaration doit toujours être faite lorsque l'enfant est expulsé « après le quatrième mois de la gestation ;

« 5° La déclaration doit toujours être faite dans la commune où l'ac- « couchement a eu lieu ».

Le 8 mai 1882 et consécutivement à la circulaire préfectorale du 26 janvier 1882, la Société votait :

« 1° Que les prescriptions de la circulaire du 26 janvier 1882 sont « irréalisables dans la plupart des cas tant au point de vue pratique « qu'au point de vue médical ;

« 2° Qu'elles sont extra-légales, et sans utilité même au point de vue « judiciaire ;

« 3° Qu'elles sont contraires au grand principe du secret profes- « sionnel ;

« 4° Qu'enfin, en dehors d'un texte législatif formel, elles ne peu- « vent être imposées par l'autorité administrative, qui ne saurait se « mettre aux lieu et place du législateur, n'ayant droit de prendre « que des mesures de simple police ».

Enfin, après une nouvelle discussion, la Société décidait, le 14 juin 1897, que « les Médecins ne sont pas tenus de déclarer les cas d'expulsion de produits embryonnaires au-dessous de six mois ».

M. DEMANGE. — Quand vous avez fait connaître au Maire la promesse du Préfet de ne jamais appliquer son arrêté, que vous a-t-il répondu ?

M. LUTAUD. — Il m'a répondu qu'il s'en tenait aux termes de la circulaire préfectorale lui prescrivant l'ouverture d'un registre spécial aux fœtus et que ceux-ci ne pouvaient y être inscrits qu'avec, au moins, l'adresse de leur mère.

M. DEMANGE voudrait savoir si le registre des hôpitaux a été ouvert d'après un simple règlement de l'assistance publique ou conséquemment à l'arrêté préfectoral.

M. LUTAUD pense que l'ouverture de ce registre a eu lieu à la suite de l'arrêté : son adoption a eu ce résultat que dans les Mairies des quartiers populeux, il y a peu de déclarations de fœtus si l'arrondissement ne contient pas d'hôpital, tandis que celles-ci sont très nombreuses dans les quartiers les moins peuplés, possesseurs d'établissements hospitaliers.

M. DEMANGE ne voit pas la nécessité qu'il y aurait à revenir sur une discussion qui aboutirait fatalement aux mêmes conclusions. Il juge préférable de déléguer le Bureau auprès du Préfet de la Seine et

auprès du Parquet pour obtenir l'adoption d'une nouvelle jurisprudence.

M. Lutaud insiste dans le même sens en faisant ressortir la nécessité qu'il y a pour le Médecin à se débarrasser de fœtus qu'il ne saurait conserver chez lui et qui doivent pouvoir être déposés quelque part, sans que l'homme de l'art ait à violer le secret professionnel qui lui est imposé.

M. Demange. — Il demeure d'ailleurs entendu que le Bureau, représenté par son Président, aura mandat d'attirer aussi l'attention du pouvoir administratif et judiciaire sur les déclarations d'enfants viables et morts-nés ou vivants qui doivent être acceptées par les officiers d'état civil, même si la mère n'est pas nominativement désignée.

M. Constant propose l'ordre du jour suivant, qui est adopté :

« La Société de Médecine légale de France charge M. Danet, son Président, de présenter de nouveau à M. le Procureur de la République et à M. le Préfet de la Seine les conclusions du Rapport de M. Rocher sur lesquelles elle a émis un vote unanime en 1897 ».

(*Bulletin de la Société de médecine légale de France*, avril 1902.)

FORMULAIRE ET MÉDICATIONS NOUVELLES

—

L'hydrate d'amylène comme hypnotique. — D'après Mering, ce produit est préférable à l'hydrate de chloral puisque en dose somnifère il exerce peu d'influence sur la respiration et affecte à peine le fonctionnement du cœur. L'effet somnifère de l'hydrate d'amylène se déclare exactement après une demi-heure et il dure pendant 7 à 9 heures ; le lendemain les malades se sentent tout à fait rafraichis. Grâce à cette circonstance, il est préférable au sulfonal, dont l'effet ne se manifeste ordinairement qu'après quelques heures et qui se fait ressentir d'une manière désagréable encore le lendemain.

La dose somnifère de l'hydrate d'amylène est de 3 à 4 gr. ; mais en cas de suragitation grave on peut l'administrer sans danger et avec bon succès à la dose de 6 à 7 grammes.

La Lactose comme diurétique. (Crinon). — Les médecins soumettent généralement au régime lacté les malades atteints d'hydropisie d'origine cardiaque, et ces malades ne prennent alors aucun autre aliment ; mais, pour qu'ils trouvent, dans le lait, la quantité de matériaux albuminoïdes suffisante pour leur entretien, ils sont obligés d'en absorber 5 litres. Or, ces 5 litres contiennent une quantité de sucre de lait qui est environ de 250 gr., et une partie de ce sucre s'élimine par les urines ; il y a glycosurie. De plus, tous les malades ne peuvent s'accoutumer à absorber une quantité de lait aussi considérable. Parmi les éléments constitutifs du lait, le sucre seul jouit de propriétés éminemment diurétiques, plusieurs médecins conseillent donc d'administrer aux cardiaques atteints d'hydropisie, 100 g. de lactose par jour, dissous dans 2 litres d'eau.

Cette médication ne réussit pas dans les hydropisies d'origine rénale ; elle n'échoue, chez les cardiaques, que dans les cas où la maladie du cœur est accompagnée d'une affection brightique.

Les malades supportent d'autant mieux ce traitement qu'ils peuvent prendre concurremment les aliments qui leur conviennent. Le traitement continué pendant huit ou dix jours ; on suspend quelques jours pour le reprendre ensuite.

On peut corriger la fadeur de la tisane lactosique avec l'eau de menthe ou de l'eau-de-vie.

La glycose possède la même action diurétique ; mais on doit lui préférer la lactose, qui se détruit plus rapidement dans l'organisme.

Le benzoate de mercure dans le traitement de la syphilis. (ARMAIGNAC).—L'auteur pense que le benzoate de mercure constitue la meilleure des préparations à employer dans le traitement intensif de la syphilis par les injections mercurielles.

Le benzoate de mercure a, sur le calomel, le sublimé corrosif, le peptonate, le cyanure, le biiodure de mercure, l'huile grise, l'avantage de ne pas occasionner de douleur, pas d'inflammation dans la région où l'on pratique l'injection, jamais d'abcès ni de nodosité consécutive à la petite opération. Il n'est pas besoin avec le benzoate de mercure d'ajouter de la cocaïne au liquide injecté.

La formule employée est de 20 centigr. de benzoate de mercure et 1 gr. de benzoate d'ammoniaque pour 2 gr. d'eau distillée. On fait avec cette solution une injection d'un centimètre cube tous les deux ou trois jours. Cette injection peut être faite dans le tissu musculaire, dans le tissu cellulaire sous-cutané et aussi dans le tissu sous-conjonctival quand on a affaire à des affections syphilitiques graves de l'œil. L'innocuité du benzoate de mercure est complète, il ne risque pas d'altérer les globules du sang, et il a une action aussi rapide, plus même qu'aucune autre préparation mercurielle. (*Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, février 1902).

Action thérapeutique des injections intra-veineuses d'iode métallique. (SPOLVERINI).— L'auteur s'est attaché surtout à employer les injections d'iode dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique et dans celui de la syphilis. Parmi les syphilitiques, il s'adresse surtout à ceux qui présentent les manifestations tertiaires et chez qui ni les bains, ni l'iodure de potassium, ni le mercure ne réussissent plus. La formule employée est ainsi établie :

Iode métallique......	1 gr. 50
Iodure de potasium..	5 gr.
Eau distillée..........	100 gr.

L'auteur rapporte des observations dans lesquelles des quantités de 15 cc. de cette solution ont été employées avec succès. L'auteur a obtenu également d'heureux résultats chez des enfants tuberculeux, surtout dans la tuberculose des séreuses et des glandes. L'auteur affirme que ces injections sont bien supportées chez l'adulte et chez l'enfant ; c'est à peine si les patients éprouvent une sensation de brûlure au lieu de l'injection ; on constate également à ce point une légère induration qui peut persister pendant plusieurs jours.

L'examen microscopique montre que cette induration n'est pas le fait d'une thrombose, mais qu'elle résulte de la prolifération du tissu conjonctif qui entoure le point de la piqûre.

D'autre part, l'auteur n'a jamais eu à constater des troubles de la circulation ni de la respiration, et bien qu'on ait trouvé de l'iode dans l'urine immédiatement après l'injection, on n'a jamais eu à enregistrer des troubles du côté des reins.

Cette méthode demande cependant de grandes précautions dans son emploi.

Le traitement du cancer du sein par l'ovariotomie, par H.-T. BUTLIN. — D'après l'auteur, une vingtaine d'ovariotomies ont été pratiquées dans des cas de néoplasme du sein, soit au moment d'une première ablation de la tumeur, soit après une récidive opérée, soit au cours d'une récidive inopérable, chez des femmes encore réglée. H.-T. Butlin critique les résultats obtenus et fait remarquer que plusieurs récidives ont eu lieu ; que dans les cas où elle ne s'est pas produite il s'agissait de néoplasmes peu étendus et ayant respecté les lymphatiques voisins et que l'absence de récidive ne date que de peu d'années ; qu'enfin les cas de récidives inopérables où l'on aurait vu après l'ovariotomie les noyaux néoplasiques diminuer, sont peu nombreux, les malades suivies pendant un temps trop court, et les résultats trop peu détaillés pour permettre d'introduire dans la pratique cette méthode de traitement du cancer du sein. (*B. med. journal*, janv. 1902).

Le guaco contre les maladies cutanées. — M. Butte, ex-chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, a étudié d'abord l'action physiologique d'une plante qu'on trouve dans les terrains hauts d'une province du Mexique (*Guaco, Aristolochia cymbifera*). Il résulte de ses recherches que cette plante, entre autres propriétés, fait disparaître le pouvoir sensitif des nerfs de la vie de relation, et que cette disparition est due à la paralysie des centres nerveux sensitifs.

Ces indications, fournies par l'expérimentation physiologique, ont amené le D[r] Butte à l'essayer dans les affections où les centres nerveux sensitifs sont irrités : névralgie, eczémas prurigineux, prurigo d'Hébra, prurit généralisé, prurit sénile, prurit ano-vulvaire (diabète) prurit des

parties génitales de l'homme, etc..

La clinique a été d'accord avec la physiologie, et les malades atteints des affections ont été rapidement guéris à la suite de l'administration *intus et extra* du Guaco.

L'éosolate de calcium contre le diabète. — L'éosolate de calcium est le sel calcique de l'éther trisufoacétylique de créosote et il contient à peu près 25 0/0 de créosote. On le décrit comme étant une poudre d'un blanc grisâtre, d'une saveur acidulée, d'une odeur forte rappelant un peu celle de l'éther. Il se dissout dans 8 à 10 parties d'eau froide et dans 7 parties environ d'eau chaude ; il est très soluble dans l'alcool, dans l'acide chlorhydrique, dans l'acide citrique et autres acides organiques. On l'emploie exclusivement dans le traitement du diabète à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 60 trois ou quatre fois par jour.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'eau oxygénée. — Le Dr Luton a eu l'idée de faire pénétrer le sérum oxygéné jusqu'aux parties malades en le pulvérisant dans les bronches au moyen d'un petit appareil de Richardson.

Il a employé une solution de phosphate de soude, primitivement au 1/10, qui a été portée au 1/5 et mélangée dans le rapport de 50 grammes pour 100 gr. d'eau oxygénée.

Les malades soumis à ce traitement font tous les jours une pulvérisation, le plus souvent deux, d'une durée de cinq à dix minutes, et emploient une à deux cuillerées à bouche de sérum. Il leur est recommandé de faire de fortes inspirations de façon à obtenir une pénétration facile des vapeurs dans l'arbre bronchique, et on peut ajouter qu'en général ils supportent très bien cette opération à laquelle ils s'habituent rapidement.

Les effets obtenus sont de deux sortes : effets d'absorption analogues à ceux que donnent les inhalations d'oxygène, et effets de contact qui sont dus à l'action antiseptique de l'eau oxygénée, laquelle influence très heureusement les suppurations pulmonaires.

A ce traitement, M. Luton joint l'usage des sels de cuivre à l'intérieur.

Le sel de cuivre employé est l'acétate de cuivre sous forme de pilules à 0,01 centigramme par jour ; depuis quelque temps, cependant, on lui a substitué le sulfate de cuivre ammoniacal peut-être moins irritant et qui est prescrit en général à la dose de 0,05 centigr. ; toutefois, dans ce cas, il est bon de tâter le terrain et de commencer par des pilules de 0,01 centigramme, au moins les premiers jours du traitement, pour éviter une réaction trop vive au niveau des parties malades. (*Union med. du Nord-Est*).

Nouveau traitement de l'ozène. — Bonnet de Massiac préconise l'emploi d'une solution de 2 grammes et demi de bleu de méthylène par litre d'eau en irrigations nasales dans le traitement de l'ozène.

On pratique ces irrigations trois fois par jour et au bout d'assez peu de temps l'odeur de l'ozène disparaît. Une seule irrigation quotidienne suffit alors ; on la continue pendant trois ou quatre semaines pour assurer la guérison.

Le bleu de méthylène est, d'après le docteur Bonnet, un antiseptique de choix pour les fosses nasales. Le seul inconvénient de cette médication est de colorer en bleu pendant quelques jours la lèvre et l'orifice des narines. (*Jour. de méd. et de chir. pratiques*, novembre 1901.)

L'ésérine contre l'atonie intestinale. — L'ésérine n'est guère employée aujourd'hui, en thérapeutique humaine, qu'à titre d'agent myotique. C. von Noorden, médecin à l'hôpital municipal de Francfort-sur-le-Mein, a essayé l'ésérine chez l'homme dans le traitement des accidents relevant de l'atonie intestinale. Dans cinq cas de tympanisme abdominal post-opératoire ou consécutif à une infection (fièvre typhoïde, salpingite gonococcique), notre confrère a obtenu rapidement la disparition des phénomènes de météorisme en prescrivant le salicylate d'ésérine, à une dose quotidienne variant de 0 gr.0015 à 0 gr. 003 et divisée en deux, trois ou en quatre prises.

Vu la prompte altération des solutions d'ésérine, qui se colorent rapidement en rouge, M. Noorden conseille de n'employer ce médicament qu'en poudre. De plus, pour éviter des accidents d'intoxication, il convient de ne jamais en donner plus de 0 gr. 001 à la fois et de ne pas dépasser la dose de 0 gr. 003 par jour, et encore ces quantités ne seront-elles atteintes que d'une manière progressive. Si, malgré ces précautions, on voyait survenir des phénomènes fâcheux, il y aurait lieu de se rappeler que, d'après les recherches expérimentales, les injections sous-cuta-

nées d'atropine paraissent constituer l'antidote le plus efficace de l'ésérine.

Le cereus grandiflora comme tonique du cœur. (G. RENOULT.) — Le cereus grandiflora est un stimulant énergique du cœur, dont l'action doit être spécialement recherchée dans l'insuffisance aortique et la dilatation cardiaque. Il est également utile dans les palpitations d'origine nerveuse. Il sera préféré à la digitale toutes les fois que la diurèse se maintiendra à un taux normal. Sa faible toxicité en permet l'administration prolongée aux malades, chez lesquels le cereus a l'avantage de relever souvent l'appétit.

Voici d'après Huchard, la physiologie de ce médicament :

I gr. d'extrait fluide par jour.

XX ou XL gouttes de teinture alcoolique.

4 à 6 pilules d'extrait aqueux dosées à 0 gr. 05.

Aulde, de Philadelphie, pense que le cereus peut s'employer dans les affections cardiaques les plus variées dans les cardiopathies nerveuses, dans les troubles cardio-vasculaires accompagnant les affections utéro-ovariennes et les maladies des voies digestives. Voici quelques-unes des formules préconisées par cet auteur :

1° Contre les troubles cardiaques d'origine intestinale :

Extrait fluide de cereus grandiflora........... }	ââ 10 gr.
Teinture de noix vomique }	
Liqueur pancréatinique...	100 gr.

M.S.A. A prendre une cuillerée à café aux repas.

2° Dans les cas d'anasarque et d'œdème des membres inférieurs avec ou sans lésions vasculaires et lorsque la digitale échoue :

Extrait fluide de cereus grandiflora..............	10 gr.
Liqueur de Fowler.......	XXXVI g.
Teinture de gentiane composée....................	100 gr.

M.S.A. A prendre une cuillerée à café toutes les 4 heures dans l'eau.

3° Dans l'épuisement par suite d'excès vénériens :

Extrait fluide de cereus grandiflora......... .. }	ââ 10 gr.
Teinture de noix vomique }	
Extrait de damiana.....	16 gr.
Glycérine...............	
Teinture de gentiane composée............	ââ 42 gr.

A prendre une cuillerée à café après les repas.

4° Dans les affections rhumatismales :

Extrait fluide de cereus grandiflora..............	10 gr.
Extrait de Rhus Toxicodendron.......................	VIII g.
Glycérine................ }	ââ 50 gr.
Teinture de gentiane composée............. }	

M. S. A. A prendre 2 cuillerées à café après les repas.

5° Dans les affections utérines, endométrite, leucorrhée accompagnée de troubles vasculaires :

Extrait fluide de cereus grandiflora........... }	ââ 10 gr.
Ergotine................. }	
Glycérine............... }	ââ 50 gr.
Teinture de gentiane... }	

M. S. A. A prendre une cuillerée à café après les repas.

Frictions contre l'obésité.

Kisch a préconisé diverses pommades pour combattre l'obésité.

Pour les reins, la première pommade a une formule bien connue d'ailleurs avec un centième d'iode et un dixième d'iodure de potassium.

Par exemple :

Vaseline...........	grammes.
Iodure de potassium.............	3 grammes.
Iode sublimé.......	0.30 centigr.

Il faut naturellement employer pas mal de cette pommade.

On peut la remplacer par la suivante, qui doit d'ailleurs être légèrement puante :

Vaseline...........	10 grammes.
Iodoforme.........	1 gramme.
Essence de menthe.	2 gouttes.

La friction une fois faite avec une assez grande quantité de pommade, après friction de plusieurs minutes de durée, on place sur la peau encore enduite de pommade un linge imbibé de la solution suivante :

Eau distillée.......	100 grammes.
Acétate de plomb..	5 grammes.
Alumine...........	1 gramme.

Puis on recouvre la gutta et on maintient le tout par une bande.

Il se passe évidemment entre ces deux mélanges des réactions complexes. Une partie de l'iode est déplacée et peut donc dès lors peut-être pénétrer plus avant dans les tissus. Ce sera à voir.

Enfin, lorsqu'il y a surtout adipose abdominale, l'auteur recommande spécialement les frictions sur le ventre, non plus au moyen d'une pom-

made mais du mélange alcoolique suivant :

Vinaigre scillitique.	200 grammes.
Iodure de potassium.	10 grammes.

Tout cela est fort ingénieux, mais il est fort à craindre qu'il entre bien peu d'iode par ce moyen dans l'organisme et que cet iode soit incapable de remplir les actions complexes qu'on lui attribue. (CAPITAN. *Médecine moderne*).

Traitement de la diarrhée chronique.

(SOUPAULT.)

Certaines diarrhées sont dues à une insuffisance de la digestion stomacale. Dans ces cas, on peut obtenir une amélioration rapide et même une guérison complète par l'usage de l'acide chlorhydrique.

On peut employer alors la formule suivante :

Acide chlorhydrique du Codex..............	6 à 8 gr.
Sirop de limon.........	130 gr.
Eau distillée, q.s.p....	1 litre.

On prescrit un grand verre à pied de cette limonade, à boire dans le courant des repas. Les malades ont la faculté de la boire pure ou en la mélangeant avec parties égales d'eau. On peut d'ailleurs employer beaucoup d'autres formules. Mais il est nécessaire de donner des doses assez élevées d'acide chlorhydrique.

Contre la constipation.

(COMBEMALE.)

Chlorhydrate d'apocodéine...............	0 gr. 50
H^2O stérilisée.........	50 gr.

pour injections hypodermiques. Injecter 2 centimètres cubes de cette solution.

Potion contre l'insomnie.

Hypnone.............	VII gouttes.
Glycérine............	2 grammes.
Looch blanc..........	40 —

A prendre en une seule fois.

Pilules apéritives et laxatives

Extrait de rhubarbe	} ãã 5 gr.
— de trèfle d'eau......	}
Poudre d'aloès............	2 gr.
— de rhubarbe..........	q. s.

F. S. A. pilules de 15 centigrammes 3 par jour.

Pâtes caustiques contre les cancroïdes et autres tumeurs.

Voici la formule de S. CERNY et TRUNECEK pour le traitement des cancroïdes :

Acide arsénieux...	1 gramme.
Alcool éthylique...	} ãã 75 —
Eau distillée......	}

On badigeonne avec ce liquide la surface du cancroïde, au préalable abstergée et cruentée au besoin. Le lendemain et les jours suivants, on fait une nouvelle application et quand la croûte s'est épaissie, on se sert d'une solution plus concentrée (40 grammes d'alcool et d'eau). Lorsque la place ne présente plus d'induration ni sur ses bords ni dans sa cavité et qu'elle se transforme en une plaie bourgeonnante recouverte d'une fine pellicule blanchâtre, on la panse avec une pommade boriquée au 1/10 et on évite les cicatrices.

Aujourd'hui, Trunecek pense qu'on peut supprimer l'alcool.

Ceci est une nouvelle preuve que les découvertes modernes ne sont souvent qu'apparentes, car c'est revenir à la formule ancienne, à la *pâte arsenicale du frère Côme* :

Arsenic blanc..........	1 gramme.
Cinabre................	5 —
Eponge calcinée........	2 —

Pulvérisez.

Au moment de s'en servir, dit Bouchardat, on délaye la poudre dans un peu d'eau jusqu'à consistance de bouillie et, avec un pinceau, on en étend légèrement une médiocre quantité. On recouvre d'agaric mouillé. L'eschare tombe 10 à 30 jours après.

M. DANLOS a proposé une formule faite pour combattre la douleur que provoque le caustique :

Chlorhydrate de cocaïne............	} ãã 1 gramme.
Acide arsénieux....	}

Le bromoforme dans la coqueluche.

Voici une formule de Marfan :

Bromoforme.......	XLVIII goutt.
Huile d'amande douce...........	20 grammes.
Gomme arabique..	15 grammes.
Eau de laurier-cerise.............	4 grammes.
Eau q. s. pour faire.	120 c. cubes.

Chaque cuillerée à café renferme deux gouttes de bromoforme.

On règlera la dose à *quatre gouttes* par jour et par année d'âge, surtout après un an, données en trois ou qua-

tre fois. Avant un an être un peu réservé et même chez les plus grands ne pas dépasser un gramme en 24 heures.

L'autre formule est la suivante :

Bromoforme.........	2 grammes
Huile d'amande douce.................	30 gramm.
Gomme arabique pulvérisée............	20 gramm.
Sirop d'écorce d'orange amère..........	60 gramm.
Eau q. s. pour faire..	250 gramm.

Voici une autre formule :

Bromoforme......	X gouttes.
Alcool...........	3 à 5 grammes.
Eau.............	100 grammes.
Sirop............	10 grammes.

Contre les taches de rousseur.

(E. Périès).

Appliquer sur les taches de rousseur pendant 5 minutes un tampon de coton hydrophile imbibé d'eau oxygénée.

S'il y a irritation de la peau, on fera une onction avec de la lanoline, ou bien on lavera avec de l'eau boriquée chaude étendue d'un tiers de glycérine.

Contre les vomissements consécutifs à l'anesthésie chirurgicale.

(M. Th.-L. Rhoads.)

Oxalate de cérium.......	0 gr. 12
Sullate de cédoine.......	0 gr. 012
Calomel.................	0 gr. 006

Mêlez. Pour un paquet. Faites six paquets semblables. — A prendre : quatre ou cinq paquets séparés par une demi-heure d'intervalle.

Potion pour la coqueluche.

(Talamon.)

Si nous avions à choisir parmi les nombreuses médications de la coqueluche, nous donnerions la préférence à la terpine, surtout si la coqueluche s'accompagne d'une sécrétion catarrhale abondante avec excès de mucosités bronchiques. On peut l'associer à l'antipyrine ou à la belladone, quand les quintes sont intenses et répétées, par exemple sous la formule suivante :

Terpine	1 g. à 1 g.50
Antipyrine	1 gr.
Sirop de fleurs d'oranger..................	90 gr.
Eau de tilleul..........	60 gr.

Contre la scrofule.

Huile de foie de morue.	500 gram.
Essence d'amandes amères..................	XX goutt.
— de Wintergreen.	XX —
Sucre pulvérisé........	190 gram.
Gomme arabique.......	5 —
— adragante......	5 —
Eau distillée...........	285 —
Hypophosphite de chaux	10 —
Hypophosphite de soude.	5 —

2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

(Gay.)

Potion tœnicide.

(Duchesne.)

Huile éthérée de fougère mâle..................	4 gr.
Calomel.................	0 gr. 40
Eau.....................	15 gr.
Sucre en poudre.........	15 gr.
Gélatine.................	Q. s.

A donner après un jour de régime lacté à un enfant de cinq ans.

Potion à l'huile éthérée de fougère mâle.

Huile éthérée de fougère mâle...............	3 gr.
Teinture de vanille.....	3 gr.
Sirop de térébenthine..	25 gr.
Gomme arabique pulvérisée..............	2 gr.
Eau distillée..........	25 gr.

A prendre d'une seule fois dans égale quantité de lait. Huile de ricin quelques heures après.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

GYNÉCOLOGIE

—

CHIRURGIE CONSERVATRICE DES FIBRO-MYOMES UTÉRINS,

par le Dr R. Pichevin

(*Suite, voyez le n° précédent.*)

Est-il possible d'attaquer par la voie vaginale, pour faire des énucléations, un fibrome œdémateux ? Il est évident que non. Tout fibrome non encapsulé ne peut subir l'énucléation.

Les fibromes kystiques sont dans la même catégorie. Il est contre-indiqué de tenter leur extirpation par la voie vaginale avec l'idée de conserver l'utérus.

Les utérus atteints de fibro-myomatose échappent à ces tentatives de conservation.

Comment conserver l'utérus alors que la totalité de la musculeuse est en dégénérescence fibromateuse. Dans certains cas il n'y a pas de fibrome individualisé : tout l'utérus est en dégénérescence. Il n'y a pas de noyaux à proprement parler. Le tissu utérin extrêmement épaissi est atteint de fibro-myomatose, comme on peut le constater au microscope. Les fibres musculaires et les fibres conjonctives sont simplement hypertrophiées. La muqueuse est en outre dégénérée.

Ailleurs, on trouve certains points du tissu utérin qui ont conservé leur structure physiologique. Mais les fibromes, par leur volume, par leur multiplicité, rendent difficile, impossible même toute tentative de conservation.

Il n'y a pas très longtemps, j'ai eu à traiter une femme de 35 ans qui avait des pertes continues et abondantes. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal permettait de constater l'existence d'un utérus pas très augmenté de volume. Mais la matrice entière semblait être transformée en un bloc extrêmement dur et régulier. Le fond de l'utérus ne présentait aucune saillie. L'orifice externe était fermé.

Fallait-il opérer par la voie basse ou par la voie haute. Pouvait-on tenter l'énucléation par la voie vaginale ? On était poussé à tenter cette opération, quand on considérait la régularité et le peu de volume de l'utérus. Mais j'estimais qu'un utérus aussi dur, ainsi transformé en un bloc fibreux, n'était pas susceptible d'être conservé. Je pris la résolution d'extirper la tumeur par la voie abdominale. Aussi bien j'aurais pu enlever le fibrome avec facilité par la voie vaginale.

J'aurai l'honneur de vous présenter la pièce. Vous verrez que l'utérus entier est transformé en deux fibromes qui occupent l'un la totalité du corps, l'autre qui est situé au-dessous et qui a pris la place du parenchyme cervical. On dirait, pièces en mains, qu'il n'y a plus de tissus musculaires sains. Qu'aurait-on pu faire par la voie vaginale ? L'énucléation totale des deux fibromes ? Mais il ne serait plus resté ni muqueuse, ni tissu musculaire ; l'utérus réduit à une coque mince, n'aurait plus été qu'un chiffon sans signification et sans valeur.

Quand on a en mains certaines pièces, on a le droit de se demander ce qu'auraient pu donner les essais de myomectomie par voie vaginale.

J'ai souvenance d'avoir enlevé par voie vaginale un utérus dont la cavité était de 12 à 13 centimètres. Il y avait un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale. De plus, l'utérus présentait une série de fibromes. Il y avait d'abord un beau polype utérin. Plusieurs fibromes sous-muqueux se voyaient dans la cavité corporale. Des tumeurs interstitielles nombreuses étaient disséminées dans le parenchyme utérin. Enfin, on pouvait constater l'existence d'un gros fibrome pédiculé.

Je me demande ce que l'on aurait pu obtenir par la voie vaginale. Toute tentative de morcellement avec conservation de l'utérus n'aurait eu d'autre résultat que de laisser dans l'utérus de nombreux fibromes disséminés dans le parenchyme, sans parler de la tumeur pédiculée.

Enfin et surtout il est une objection qui doit être bien présente à l'esprit.

Quand on tente de faire de la chirurgie conservatrice et de laisser en place l'utérus après extirpation des fibromes, est-on sûr d'avoir fait une utile besogne ?

Pour répondre par l'affirmative, il faudrait que l'on eût la certitude de l'intégrité des ovaires au moins d'un côté.

Si, en effet, on laisse un utérus plus ou moins myomateux avec muqueuse altérée, on fait œuvre inutile et mauvaise, quand les annexes sont malades des deux côtés.

Mais, dira-t-on, il est possible de faire le diagnostic de la bilatéralité des lésions annexielles. Sans doute, un tel diagnostic peut être posé, à coup sûr, dans un certain nombre de cas. Mais il est des circonstances où les altérations des trompes et des ovaires sont masquées par le volume de la tumeur utérine. Ces faits ne sont pas exceptionnels. Dès lors, si on extirpe par la voie vaginale même la totalité des tumeurs sous-mu-

queuses ou interstitielles, on laisse dans le ventre des annexes altérées. A quoi aura servi la pénible énucléation ? N'est-il pas évident que l'opération n'est pas curative et que la malade n'a aucune chance d'avoir des enfants ? Non seulement on peut assister à l'évolution des fibromes passés inaperçus au moment de la première intervention, mais l'inflammation annexielle peut suivre son cours et mettre le chirurgien dans l'obligation de faire une deuxième tentative.

J'ai conservé une pièce que je montrerai, et qui prouve bien combien ces craintes sont légitimes. L'utérus est du volume des deux poings, bourré de fibromes. L'on peut nettement se rendre compte des altérations annexielles des deux côtés. Ces annexites doubles avaient échappé à l'investigation clinique.

Mais est-ce à dire qu'il faille rejeter systématiquement l'énucléation des fibromes par la voie vaginale ? Telle n'est pas ma pensée.

Quand un polype fait une saillie plus ou moins marquée, ou dans la cavité vaginale, ou dans la cavité utérine, si la masse n'est pas trop considérable, si le fond de l'utérus est bien globuleux et ne présente aucune saillie, quand la malade est jeune, on doit tenter la polypectomie, on peut essayer l'énucléation par la voie vaginale.

L'opération est bénigne. Mais il est une grave objection qui n'est pas, — il est vrai — sans réplique, c'est la suivante : les femmes qui ont subi l'énucléation par la voie vagino-utérine n'ont jamais eu d'enfants. L'avenir permettra peut-être de répondre victorieusement à ceux qui se basent sur cette constatation pour répudier l'intervention utérine conservatrice. Jusque-là il faut se contenter de signaler le fait, afin de ne pas fonder des espérances excessives sur une intervention logiquement déduite, judicieuse et bénigne.

A côté de l'énucléation telle que je viens de l'indiquer sommairement, il est un autre procédé recommandable et qui dans certaines circonstances peut être extra-péritonéal. Je veux parler de la section médiane antérieure de l'utérus.

On fait une incision transversale sur la partie antérieure du col. On décolle le vagin. On repousse le péritoine et on pratique la section médiane du col.

Parfois on arrive ainsi sur des fibromes que l'on peut atteindre et morceler, sans ouvrir le péritoine.

Dans un assez grand nombre de cas, le péritoine vésico-utérin est incisé et on peut prolonger l'incision médiane anté-

rieure jusque sur le fond de l'utérus. L'énucléation avec ou sans morcellement est exécutée avec plus de facilité.

Plus ancienne est la pratique suivante : incision transversale sur le vagin, au niveau du col, soit en avant, soit en arrière ; ouverture du péritoine et attaque du fibrome situé à la partie antérieure ou à la partie postérieure de l'utérus. C'est une opération conservatrice avec ouverture systématique du péritoine. L'intervention est applicable aux tumeurs peu volumineuses.

Ces interventions sont excellentes, mais elles sont d'une application assez restreinte.

*
* *

Myomectomie ou énucléation trans-utérine par voie abdominale.

Il faut éliminer d'emblée de cette étude les opérations qui portent sur des fibromes pédiculés. Dès 1837, pareille intervention a été réalisée. Il faut envisager seulement les énucléations des fibromes à l'aide d'incisions trans-utérines.

Spencer Wells en 1863, Spiregelbert en 1874, ont pratiqué cette opération. Mais l'honneur d'avoir nettement posé les indications de cette intervention, d'en avoir décrit la technique, appartient au professeur Martin, qui dès 1878, fit ses premières myomectomies. En 1890, ce gynécologiste publiait 96 énucléations et relevait dans sa statistique 8 morts. En 1900, la mortalité était réduite à 4 %.

Martin fut le promoteur de la myomectomie. Il réussit à lui faire prendre une place définitive parmi les opérations les mieux réglées de la gynécologie. Il montra, à une époque ou l'hystérectomie abdominale pour fibrome était réellement grave, que la myomectomie avait une mortalité inférieure à celle de l'ablation de l'utérus. Quoi qu'on en ait dit, le gynécologiste qui exerçait avec éclat à Berlin a parfaitement indiqué que la myomectomie avait l'avantage de conserver l'utérus, et par suite de permettre aux opérées d'avoir par la suite des enfants. Il n'a pas fallu arriver en 1896 ou plus tard pour faire cette découverte transcendante.

L'opération de Martin — car elle fut baptisée à bon droit du nom de son protagoniste — fut exécutée un très grand nombre de fois en Allemagne, en Autriche, en Amérique et ailleurs. Faut-il citer Schroeder, Kustner, Veit, Engstrom parmi les partisans de la myomectomie ? Olhausen publia en 1898 une série de 38 cas avec 8 décès. Engstrom arrivait à une mortalité de 5 % seulement.

L'opération avait été maintes fois exécutée à l'étranger, quand Doléris la pratiqua le premier en France le 3 mars 1889.

J'ai publié cette observation le 25 avril 1889 dans les *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie* (p. 149-151) en l'accompagnant de deux planches qui étaient dues au crayon de l'opérateur.

J'ajoutais en note, à la fin de cette observation : « ... On « conçoit que chez les jeunes femmes, l'intégrité de l'organe « utérin et de ses annexes étant du plus haut intérêt, c'est sur-« tout dans ces conditions qu'il importe d'être conservateur « à tout prix ».

La question de la conservation, qui du reste n'était pas nouvelle, était nettement posée. L'opération pratiquée et publiée par Jaboulay (de Lyon) est postérieure à celle dont il vient d'être question.

Chevrier, à l'instigation de Doléris, et en mettant à profit les observations de son maître, publia un important et intéressant mémoire sur la myomectomie. Les différents termes du problème furent posés et examinés avec soin.

Pour ma part, j'ai eu depuis 1898 l'occasion de pratiquer plusieurs fois cette opération dans des cas déterminés, soit pour des fibromes multiples, soit pour de gros fibromes bien localisés. J'ai trouvé cette opération si banale, si souvent répétée, qu'il m'a semblé inutile de publier de nouvelles observations de ce genre.

On sait en quoi consiste essentiellement la myomectomie trans-utérine.

Une incision est pratiquée sur la tumeur, qui est décortiquée, désencapsulée. On fait au besoin plusieurs incisions pour enlever à travers la paroi utérine les myomes interstitiels plus ou moins saillants du côté du péritoine. On explore avec le doigt de façon à déceler les différentes tumeurs. Certains auteurs ont même conseillé l'ouverture systématique de la cavité utérine afin de bien explorer tout l'utérus et la cavité utérine et les parois que l'on peut saisir entre les doigts à travers l'incision exploratrice faite d'habitude à la face postérieure de l'utérus. Mais ces incisions exploratrices ne sont pas sans inconvénient et on semble y avoir renoncé.

La plupart des chirurgiens recommandent de ne pas ouvrir la cavité utérine lorsqu'on pratique l'énucléation. L'infection, disent-ils, est à redouter. Sans doute, on doit s'efforcer de ne pas entamer la muqueuse utérine, mais si une blessure est faite à la membrane interne de l'utérus, il n'y a pas lieu de se dé-

sespérer pour un accident qui, somme toute, est sans importance dans la majorité des cas, pourvu que l'on prenne quelques précautions.

Certains gynécologistes qui redoutent l'hémorragie donnent le conseil de poser des ligatures ou des pinces sur les parties latérales de l'utérus. Cette recommandation est excessive. La perte de sang est généralement peu considérable et l'hémostase n'est pas bien compliquée.

Quand l'énucléation, qui se fait bien avec des ciseaux ou tout autre instrument un peu mousse, est terminée, les parties musculeuses qui enveloppent le fibrome semblent se rétracter. Il est cependant nécessaire parfois de réséquer une portion des parois exubérantes après l'énucléation. Il suffit de combler la perte de substance et de faire une bonne adaptation des lambeaux. Deux plaies de sutures sont nécessaires d'habitude. Il faut que l'hémostase soit parfaite et la réunion très exacte sans interposition d'espaces morts où le sang exsudé pourrait stagner.

Telles sont les lignes essentielles de la myomectomie transutérine.

L'opération de Martin était tombée un peu en désuétude par suite des progrès réalisés dans la technique de l'hystérectomie totale et subtotale. A mesure que la mortalité de l'hystérectomie abdominale devenait plus faible, on abandonnait progressivement la myomectomie. Sans doute, l'opération de Martin était encore pratiquée, mais dans des cas restreints.

Témoin, de Bourges, reprit cette opération et eut l'idée de l'appliquer comme l'avait fait Martin il y a déjà longtemps.

Sous l'égide de l'antisepsie et surtout grâce aux perfectionnements apportés à la technique des laparotomies, les myomectomies par la voie abdominale sont devenues singulièrement plus bénignes qu'il y a quelques années.

Aussi Témoin propose-t-il de tenter la conservation de l'utérus et d'enlever de nombreux ou de très gros fibromes. Il prétend que la conservation de l'utérus est la règle et qu'on peut enlever la ou les tumeurs en laissant à la femme des annexes et un utérus qui peuvent encore fonctionner utilement.

Tuffier et Monprofit ont repris la même thèse.

On a été jusqu'à dire que tout fibrome dépisté alors qu'il ne donnait lieu à aucun symptôme devait être traité par l'énucléation.

L'opération est d'une telle bénignité, a-t-on répété, qu'il faut cueillir le fibro-myome dans sa fleur. Sans doute, une

myomectomie transpéritonéale pour petit fibrome est bien peu grave quand il n'existe aucune complication utérine. Mais il me semble que c'est exagérer la note que d'étendre les indications opératoires jusqu'aux fibromes petits et silencieux. De temps à autre, on assiste à des désastres qui sont bien faits pour inspirer d'utiles et salutaires réflexions aux chirurgiens. La mort ne survient-elle pas parfois à l'improviste — pour une cause ou pour une autre — après des opérations les plus simples et les plus aseptiquement conduites ?

C'est une ligature qui lâche et une hémorragie mortelle qui survient. C'est, dans un autre cas, un état infectieux qui survient sans qu'on ait le droit d'incriminer la propreté de l'opérateur. Enfin une faute peut être commise par le chirurgien ou par ses aides et la mort en est la conséquence.

Les laparotomistes les plus brillants sont-ils à l'abri des maladresses les plus grosses ? Il n'est bruit dans Paris que de l'histoire de ce gynécologiste éminent, qui, du premier coup, coupa une anse d'intestin non adhérente à la paroi abdominale. Le bistouri avait été trop rapide et un malheur était bien vite arrivé.

C'est l'exception rarissime, dira-t-on. Sans doute. Mais que dira la famille, en présence d'une catastrophe semblable, si vous aviez affirmé avant l'opération que la myomectomie pour un fibrome trouvé par hasard et qui ne donnait lieu à aucun symptôme était absolument sans danger ? Vous avez opéré une femme qui n'avait rien — puisqu'elle n'éprouvait aucune gêne aucun symptôme quelconque — et vous l'avez tuée suivant toutes les règles de la myomectomie la plus idéale et la plus conservatrice.

Aussi, tout en affirmant que la myomectomie est, d'une façon générale, peu grave, je dis qu'il ne faut pas exagérer la bénignité de cette intervention. Je ne suis ni de l'avis de ceux qui disent que la myomectomie n'a aucune gravité — ce qui est faux — ni de ceux qui admettent que cette opération fait courir des risques considérables de mort aux malades.

Quant aux reproches qui ont été faits à la myomectomie d'exposer les malades à des pertes de sang considérables, j'estime que cette objection n'a qu'une médiocre valeur. On peut combattre efficacement la perte de sang pendant l'acte chirurgical.

Mais ce qui est exact, c'est que l'on ne peut appliquer l'énucléation trans-utérine à tous les fibromes. Cette opération à

des indications et des contre-indications, ses facilités et ses difficultés.

Elle ne peut être appliquée à ces utérus énormes, transformés en totalité en un tissu pathologique. La multiplicité et le volume considérable des tumeurs contre-indiquent souvent l'énucléation. Il faut laisser à l'utérus quelques fibres musculaires pour accomplir sa fonction. Si on enlève tout le parenchyme ou à peu près, mieux vaut enlever l'organe.

La situation des tumeurs doit entrer en ligne de compte dans l'application des indications. Quand le fibro-myome est développé au niveau de la trompe, son ablation entame le conduit tubaire dans un grand nombre de cas. Dernièrement, j'ai enlevé un assez gros fibrome qui justement siégeait sur la partie latérale gauche de l'utérus. La trompe déplacée était située sur un point plus élevé que la trompe du côté opposé, son insertion utérine semblait indépendante de la tumeur. L'hystérectomie abdominale fut pratiquée. Quand j'eus la pièce en mains, après l'opération, je pratiquai, pour mon instruction personnelle, l'énucléation. Celle-ci ne put être faite qu'en ouvrant le conduit tubaire dans sa partie interstitielle. Cette portion, longue de 4 centimètres environ, par suite du développement de la tumeur, avait déplacé le conduit tubaire dans sa partie interstitielle.

Les fibromes kystiques, le sphacèle, la nécrobiose, la suppuration des fibromes, contre-indiquent la myomectomie.

Les lésions annexielles doubles empêchent de penser à l'extirpation du myome.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'on peut laisser dans la cavité utérine non explorée une muqueuse malade, un polype méconnu, des lésions dégénératives graves de la muqueuse, (sarcome, épithélioma).

Il faut ajouter que la myomectomie conservatrice n'a plus de raison d'être après 45 ans. Il faut que la femme soit dans la période d'activité génitale pour que le chirurgien puisse penser à la conservation d'un utérus envahi par les fibro-myomes.

Des objections assez sérieuses peuvent être faites.

En premier lieu, la guérison est-elle sûrement obtenue ?

Non. Les accidents peuvent continuer à évoluer sans laisser pour ainsi dire aucun répit à la malade. On a laissé, en effet, une muqueuse enflammée, un polype, quelques petits fibromes, quoi d'étonnant que la patiente continue à avoir des hémorrhagies ?

Après la guérison, qui se maintient pendant un an, deux ans ou plus, des noyaux fibromateux passés inaperçus ou nou-

veaux manifestent leur présence et mettent le gynécologiste dans l'obligation d'intervenir. Je viens d'opérer pour la cinquième fois une malade de ce genre.

Le Professeur Martin a constaté ces récidives 4 fois sur 141 cas ; Kelly l'a vu apparaître 3 fois sur 97. Doléris sur 10 malades opérées loin de la ménopause, a eu 4 récidives, soit 40 %. Ces chiffres ont leur importance et à mon sens on ne peut leur opposer les statistiques impersonnelles et globales de Zwihel et de Ferendinos (4 sur 563 — 3 sur 290).

Quels sont les résultats obtenus? Des guérisons ont été constatées après ces interventions dans un certain nombre de cas. Chevrier relate 12 grossesses, et Zwihel relève 8 grossesses, Longuet, Ferendinos, 14. Enfin on cite avec étonnement le fait d'Aneman qui fit une myomectomie chez une femme stérile depuis 8 ans et assista à l'évolution de 3 grossesses successives.

Mais a-t-on bien fait le décompte de ces grossesses? N'a-t-on pas cité dans des statistiques différentes les mêmes succès? Il serait donc contraire au bon sens de faire l'addition de toutes les grossesses signalées par les différents auteurs.

Ce n'est pas tout, même en admettant que la supposition précédente soit entachée d'erreur, on a oublié de dire quelles sont les femmes qui sont devenues enceintes ? Ne s'agit-il pas de malades ayant subi une énucléation insignifiante pour un petit fibrome qui ne se manifestait guère au point de vue symptomatique. Dans ces conditions, on est en droit de se demander si les femmes qui portaient ces petites tumeurs ne seraient pas devenues enceintes, même si on avait laissé en place ces fibromes insignifiants.

Quoi qu'il en soit, il ressort des chiffres qui ont été publiés que la conservation de l'utérus a permis le développement d'un certain nombre de grossesses et que, par suite, l'énucléation mérite une place dans les opérations dirigées contre le fibrome.

On peut et on doit se demander si la myomectomie trans-utérine par la voie abdominale doit être érigée en règle dans le traitement des fibro-myomes utérins.

Avant de répondre à cette question, il est indispensable de faire connaître les différentes opinions qui règnent à cette heure sur la nature du fibro-myome de la matrice.

A) De l'avis de quelques-uns — des spécialistes électriciens surtout — le fibrome est une tumeur essentiellement bénigne qui ne doit jamais être traitée chirurgicalement.

Cette opinion, trop exclusive et trop optimiste, comme on l'a déjà vu, ne peut guère être admise.

B) Le fibro-myome — a-t-on dit — est essentiellement grave. Il faut l'enlever. C'est l'hystérectomie totale qui doit être exécutée d'une façon systématique.

C) D'autres chirurgiens estiment que toute tumeur fibreuse utérine bénigne à son début, peut devenir grave par la suite et que dès lors il est indiqué de l'enlever dès qu'elle a été diagnostiquée alors même qu'elle ne se révèle par aucun symptôme.

L'énucléation est opposée systématiquement à toute tumeur fibreuse, si minuscule soit-elle, si latente qu'elle puisse être.

D) De nombreux gynécologistes n'envisagent pas de la même façon l'évolution du fibro-myome utérin.

La tumeur fibreuse n'est pas toujours la même *cliniquement*. Elle a une marche variable. Elle peut rester stationnaire et sans aucune expression symptomatique pendant des années. La femme qui la porte peut arriver à la ménopause sans avoir jamais eu de troubles sérieux. L'âge critique arrive. Les fibromes s'atrophient. On les rencontre assez souvent à l'autopsie chez la femme âgée qui n'a pas eu de passé pathologique.

La conduite que le chirurgien doit tenir en face d'un fibrome diagnostiqué par lui est variable et dépend de l'espèce, de la marche et des complications de la tumeur.

On peut dire d'une façon générale que tout fibrome doit être l'objet d'une surveillance assidue et que l'on doit se tenir prêt à intervenir dès que surviennent des accidents ou quand la tumeur augmente de volume.

a) Certains fibromes restent silencieux, ne se manifestent que par des symptômes insignifiants et sont petits jusqu'à la ménopause.

b) D'autres tumeurs fibreuses ne donnent lieu qu'à des hémorragies peu abondantes et ont une tendance nettement stationnaire.

c) Quelques fibro-myomes sont franchement hémorrhagiques et donnent naissance à des troubles anémiques.

d) Chez d'autres malades, la tumeur provoque et des hémorrhagies utérines et des troubles de compression. Elle augmente lentement.

e) Ailleurs, le myome subit une hypertrophie manifeste, produit des hémorrhagies accompagnées ou non de troubles de compression (douleurs, etc.).

f) Le fibrome, même peu volumineux, se complique parfois d'inflammation péri-utérine.

Je n'envisage que quelques types de tumeur fibro-myomateuse. Il en est d'autres.

La conduite du chirurgien ne peut être la même dans tous les cas.

Les phénomènes de compression, les douleurs, les troubles intestinaux, les hémorragies, l'inflammation péri-utérine, les transformations diverses que subit la tumeur, l'augmentation du volume de la tumeur, sont autant d'indices qui font pencher la balance en faveur de l'intervention.

Il est évident que les chirurgiens qui n'érigent pas en règle l'ablation de tous les fibromes, même au début de leur évolution, ne peuvent avoir les mêmes pratiques que ceux qui proclament la nécessité de l'extirpation de toute tumeur fibreuse.

Tandis que les *radicaux* enlèvent d'emblée tout fibrome. utérus et annexes, les *pseudo-conservateurs* extirpent par myomectomie toutes les tumeurs si petites soient-elles, parce qu'elles peuvent devenir grosses ou dangereuses.

Entre les radicaux et les pseudo-conservateurs, se trouvent les vrais conservateurs, qui estiment que le fibrome peut être laissé en place dans un certain nombre de circonstances, à condition que la tumeur soit toujours surveillée.

Aux radicaux l'hystérectomie totale apparaît comme le remède souverain et unique.

Les pseudo-conservateurs sont pour la myomectomie dès la première apparition de la tumeur. L'énucléation est la règle ; l'hystérectomie l'exception.

Les chirurgiens de la troisième catégorie, ceux qui professent que le fibrome ne peut être traité toujours de la même façon et qu'il est bon de temporiser, de ne pas opérer toujours et de se comporter plus tard suivant les indications, ceux-là, dis-je, seront acculés à l'hystérectomie plus souvent qu'à la myomectomie conservatrice.

Une femme jeune a-t-elle des troubles de compression, son fibrome est-il bien limité, pas trop volumineux, l'utérus est-il à peu près sain, on peut et on doit chercher à conserver la matrice.

Si l'utérus n'est pas très sain, s'il est régulier, on fera la dilatation utérine. Le toucher intra-utérin pourra donner d'utiles renseignements. Le fibrome fait saillie du côté de la muqueuse ; la femme est jeune : on tentera l'énucléation par la voie vaginale.

Parfois la tumeur est bas située, à la partie sus-vaginale du col ou sur la portion inférieure du fond, on aura avantage à ouvrir le péritoine et à pratiquer soit une colpo-cœliotomie antérieure ou postérieure, suivant le siège.

Un autre cas peut se présenter : l'utérus est inégal ; le fond

est irrégulier, on perçoit des saillies sur le corps, la laparotomie sus-pubienne est indiquée.

L'utérus peut-il être dégagé des masses myomateuses sans trop de délabrements ; n'y a-t-il pas de lésions annexielles bilatérales, on tentera la myomectomie.

Il y a dix ans environ, je pratiquai une première myomectomie chez une jeune femme qui désirait vivement avoir des enfants. J'enlevai 4 ou 5 fibromes et je pus conserver l'utérus.

Mais souvent on est obligé de sacrifier la matrice, et l'hystérectomie supra-vaginale ou la totale est la seule ressource. Ce matin encore, j'enlevais un fibrome pédiculé mais adhérent. Je tentai la myomectomie, mais quand j'eus enlevé le gros fibrome pédiculé, je reconnus que l'utérus lui-même était le siège d'une série de petits fibromes sous-séreux et interstitiels. D'autre part, les annexes étaient altérées. Il fallut donc recourir à l'hystérectomie ; et à mon grand regret, puisque la femme était jeune.

La conclusion qui se dégage pour moi de cette rapide étude c'est que la vieille opération de Martin ne saurait être opposée à tous les fibromes gros ou petits, simples ou compliqués. L'intervention chirurgicale ne doit pas être toujours appliquée à toutes les femmes qui ont un ou plusieurs fibromes.

La myomectomie sera l'exception, quand on se décide à opérer sous la pression des accidents, après une période de surveillance convenable.

L'hystérectomie totale ou subtotale qui, somme toute, est bénigne, aussi bénigne que les myomectomies un peu sérieuses, sera l'opération de choix dans la majorité des cas.

EXPOSÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE,

Par le Dr A. Moutier.

Pour instituer un traitement rationnel de la neurasthénie, il faut se rappeler que cette affection est constituée par un trouble fonctionnel du système nerveux, résultant d'une diminution plus ou moins grande de la quantité d'énergie emmagasinée, à l'état normal, par l'organisme.

La neurasthénie est caractérisée, en clinique, par un seul signe objectif : l'hypotension artérielle ; l'état des malades est en rapport direct avec l'état de la pression artérielle.

Pour obtenir la guérison de cette maladie, il faut donc relever la pression artérielle, amener et maintenir celle-ci à la normale.

Enfin, avant d'instituer un traitement, il faudra déterminer, s'il s'agit d'une neurasthénie essentielle, d'une neurasthénie symptomatique ou encore d'une pseudo-neurasthénie (1).

A. — *Neurasthénie vraie ou essentielle.* — Cette forme est caractérisée par de l'hypotension artérielle sans qu'il existe de lésion, ni établie, ni en voie d'évolution ; dans ce cas, le principe du traitement se trouve résumé dans la formule suivante:

Supprimer toute cause de perte d'énergie et déterminer une surproduction d'énergie en favorisant et en augmentant les combustions organiques.

Pour diminuer les dépenses et augmenter les recettes énergétiques de l'organisme on emploiera les moyens suivants :

1° *Diminution des dépenses énergétiques* : a. — On évitera toute fatigue, toute cause d'épuisement, aussi bien au point de vue physique qu'au point de vue moral et parmi les causes d'épuisement on devra rechercher avec soin la cause même de la maladie afin d'en amener la disparition dans le cas où elle persisterait.

b. — *Suppression de la cause de la maladie.* — Sous peine de voir échouer tout traitement, il est absolument indispensable d'amener la disparition rapide et radicale de la cause de la maladie.

S'il s'agit de surmenage de quelque nature qu'il soit, de surmenage cérébral par exemple et comme il arrive le plus souvent, il sera généralement facile de mettre le malade au repos, mais s'il s'agit, au contraire, d'un homme dans les affaires, qui est préoccupé et avec juste raison par la marche de celles-ci, par des échéances, etc., il est parfois difficile, sans compromettre les fruits d'un long et pénible effort et sans dangers pour la situation sociale du malade, d'amener celui-ci à prendre le repos nécessaire ; dans ce cas, le traitement sera plus ou moins entravé.

Il arrive aussi que la maladie ait été déterminée par une cause réelle : surmenage, préoccupation, émotion, etc., et qu'elle soit entretenue par des causes que nous pouvons appeler imaginaires ou, qui, sans être absolument imaginaires, sont hors de proportions avec les idées que les malades s'en

(1) A. MOUTIER. — La neurasthénie. Ses limites. Communication à la Société médico-chirurgicale, séance du 13 mai 1901 et *Annales d'électrobiologie*, année 1901, p. 441.

font. On voit des neurasthéniques grossir les moindres choses, se faire des épouvantails des moindres futilités ; il faut alors ramener les choses à leurs véritables proportions ; du reste on verra le malade le faire lui-même à mesure que sa pression artérielle remontera, grâce aux moyens que nous indiquerons.

2° *Augmentation des recettes énergétiques.* — Pour augmenter les recettes énergétiques de l'organisme, deux choses sont nécessaires : la suralimentation, l'assimilation des aliments ingérés.

Exercice. — Les exercices les plus variés, surtout ceux pratiqués au grand air, comme la marche et surtout la bicyclette, doivent être recommandés à la seule condition d'éviter avec le plus grand soin le surmenage qui, fatalement, amènerait une rechute. On devra donc conseiller un entraînement sage et progressif. Mais certains malades ne peuvent pas ou ne veulent pas se soumettre à ces moyens qui ont du reste un grave défaut, échapper à la surveillance constante du médecin.

Agents physiques. — La climatothérapie, elle non plus, n'est pas toujours possible et dans la plupart des cas elle est insuffisante, elle sera plutôt indiquée comme constituant une cure complémentaire qu'une cure réelle.

L'Electricité a été employée sous toutes ses formes dans le traitement de la neurasthénie, mais deux modes d'électrisation doivent seuls nous occuper ici.

La Franklinisation à dose excitante constitue un puissant moyen d'excitation du système nerveux et par suite de la nutrition.

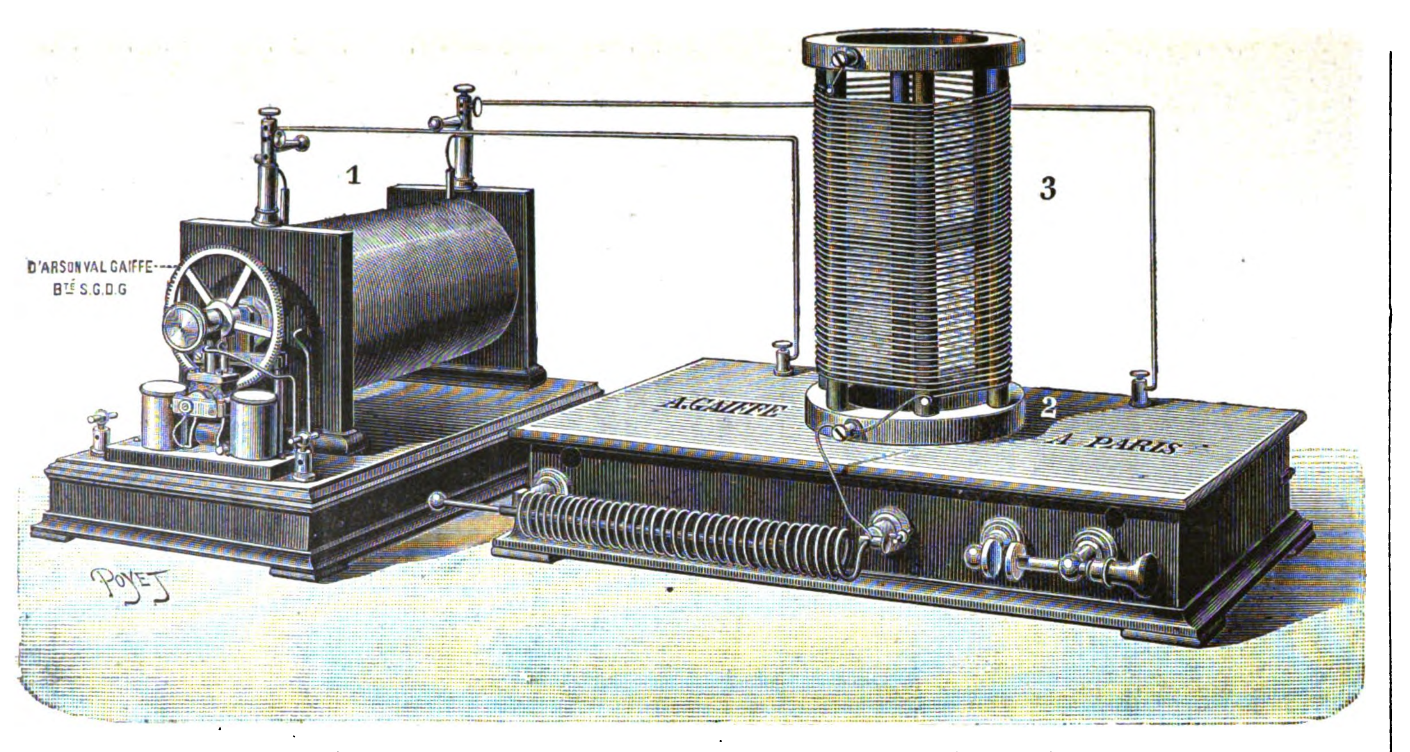
On devra se servir d'une machine à grand débit, le malade restera placé sur le tabouret isolant, pendant 15 à 20 minutes, et on le soumettra alternativement à des étincelles et à des inhalations d'ozone.

Les inhalations seront obtenues en plaçant devant la bouche du patient un gros balai de chiendent.

Les étincelles devront être assez fortes et tirées des diverses régions du corps, particulièrement le long de la colonne vertébrale.

Mais nous n'insisterons pas sur ce mode d'électrisation, car nous préférons de beaucoup le suivant.

Les *courants de haute fréquence et de haute tension* constituent le moyen le meilleur et le plus rapide pour relever et maintenir à la normale la tension artérielle ; ils constituent pour nous la médication de choix à instituer contre la neurasthénie.



1. Bobine d'induction en communication avec une source d'électricité.
2. Condensateur.
3. Résonnateur.

Comme il n'existe pas encore d'appareil pour mesurer ces courants et que les résultats peuvent être très différents suivant le dispositif instrumental employé, il est nécessaire d'insister sur celui-ci (1).

Nous nous servons d'une bobine d'induction donnant 25 centimètres d'étincelle, munie d'un trembleur rotatif d'Arsonval-Gaiffe, en communication avec une source d'électricité de 16 volts fournie par huit accumulateurs, la bobine étant reliée à un condensateur plan de d'Arsonval, lui-même étant en communication avec un résonnateur d'Oudin (premier modèle de Gaiffe) et nous employons une électrode nue, sans manchon de verre.

On promène l'excitateur sur la colonne vertébrale du malade, tout habillé.

Au point de vue local, on observe quelquefois, au début du traitement, une forte démangeaison au niveau des points d'application ; il peut même se produire au niveau des mêmes points chez les sujets à peau fine et délicate, des rougeurs plus ou moins persistantes, mais qui disparaissent en moins de trente-six heures.

De nos recherches, nous sommes arrivés à conclure que les indications et les contre-indications pour l'emploi de la méthode résident entièrement dans l'examen de la tension artérielle. Or, on sait, d'après les travaux de Potain que la tension artérielle, prise au niveau de l'artère radiale au poignet mesure de 16 à 18 centimètres de mercure.

En conséquence, chaque fois que le sujet aura une pression égale ou supérieure à 16 centimètres de mercure, on devra s'abstenir ; chaque fois que la pression sera inférieure à 16 centimètres de mercure, on devra avoir recours à ce mode d'électricité et amener la pression artérielle à 15 ou 18 centimètres de mercure.

Médications accessoires. — A côté du traitement principal, il y a quelquefois lieu d'instituer une médication accessoire en vue de certains troubles secondaires, comme les divers troubles gastro-intestinaux et les diverses algies que l'on peut rencontrer.

a) *Troubles gastro-intestinaux.* — Souvent on constate des troubles dyspeptiques, mais, dans la neurasthénie vraie, es-

(1) M. Albert-Weil vient d'exposer dernièrement un mode de traitement basé également sur l'emploi de ces courants, mais à l'aide d'une instrumentation différente (effluvation bipolaire).

sentielle, qui nous occupe en ce moment, ces troubles tendent à disparaître à mesure que la pression artérielle se relève, aussi la plupart du temps, n'y a-t-il pas lieu d'instituer une médication spéciale à ce sujet. Dans certains cas, cependant, on se trouvera bien de conseiller, au commencement des deux principaux repas, la prise de trois gouttes amères de Baumé.

Quelquefois on devra aussi combattre la constipation par quelques laxatifs, surtout par des mesures purement hygiéniques et dans les cas de constipation opiniâtre on pourra avoir recours à un traitement électrique particulier.

b) *Algies.* — On observe aussi fréquemment des algies diverses il est facile d'y remédier en faisant appel à l'action analgésiante des courants de haute fréquence et de haute tension et en faisant une application de ceux-ci loco dolenti.

Médications dangereuses. — Certaines médications présentent plus d'inconvénients que d'avantages, d'autres peuvent être le point de départ d'accidents graves.

Bromures. — Dans la neurasthénie, on voit se produire des alternatives d'excitation et de dépression par suite d'une propriété physiologique du système nerveux central (1) qu'il est dangereux d'abolir par l'emploi de bromures, de valérianates, etc. Ces alternatives d'excitation et de dépression disparaissent du reste, dès que la pression artérielle est redevenue normale.

Morphine, opium, etc. — Toutes les préparations à base d'opium, de morphine surtout, conseillées contre les douleurs diverses constituent un danger très grand pour les malades, qui, véritables candidats à l'intoxication, deviennent morphinomanes par suite de la médication employée.

Traitement de Weit-Mitchell. — Nous ne parlerons pas de ce traitement basé sur l'isolement et sur la suralimentation, car, en vérité il ne s'applique pas à ces malades et si on se reporte aux ouvrages de Weit-Mitchell, on constate qu'il avait institué ce traitement non contre la neurasthénie mais bien contre d'autres affections nerveuses et surtout contre l'hystérie.

Résumé. — Le traitement de choix à instituer contre la neurasthénie essentielle telle que nous l'avons décrite dès le début de cet article doit résider dans :

(1) A. Moutier, de l'Energie vitale. Communication au premier congrès d'Electrologie et de radiologie médicales. Paris, 1900.

36

la suppression de la cause,

la suralimentation,

l'emploi des courants de haute fréquence et de haute tension suivant la technique exposée ci-dessus.

Grâce à ce traitement, on voit l'état des malades s'améliorer peu à peu, quelquefois dans des cas légers et récents, la guérison peut être obtenue après quelques séances d'électrisation, mais ce sont là des cas rares ; en général, il faut prolonger le traitement pendant 5 à 7 semaines.

Si on ne voit pas l'amélioration se produire à mesure que la pression artérielle se relève, on peut affirmer qu'il ne s'agit pas d'une neurasthénie essentielle mais bien d'une neurasthénie symptomatique (1) il en est de même, si l'on n'arrive pas par ces moyens à relever la pression artérielle à moins cependant que la cause de la neurasthénie ne persiste à l'insu du médecin.

B.— *Neurasthénie symptomatique.*— La neurasthénie symptomatique est également caractérisée par de l'hypotension artérielle, mais celle-ci est la conséquence d'une lésion établie ou en voie d'évolution, neurasthénie tuberculeuse ou prétuberculeuse, neurasthénie cancéreuse ou précancéreuse, etc., ou d'une infection qui, dans l'espèce, joue le rôle de lésion : neurasthénie syphilitique, neurasthénie des convalescences, etc.

Dans les cas de neurasthénies symptomatiques que l'on observe dans les cas de certaines convalescences : fièvre typhoïde, diphtérie, etc., le traitement est le même que celui exposé ci-dessus, pour la neurasthénie essentielle et on voit la guérison se produire dans les mêmes conditions, s'il n'existe pas de complications du fait de la maladie antérieure ou du fait de toxines non éliminées qui peuvent déterminer des complications diverses ; il y aurait alors dans ces cas des modifications à introduire dans le traitement.

Dans les cas de neurasthénie tuberculeuse ou prétuberculeuse cancéreuse ou précancéreuse, syphilitique, etc., la marche et aussi le traitement sont intimement liés à l'affection qui a provoqué ces états neurasthéniques.

C. — *Pseudo-neurasthénie.* — Nous avons décrit (2) sous le nom de pseudo-neurasthénie des états morbides qui peuvent présenter le même tableau clinique au point de vue des signes

(1) A. MOUTIER. Marche et diagnostic de la neurasthénie essentielle. Société médicale du IXe arrondissement, séance du 15 juin 1901.

(2) A. MOUTIER. Des pseudo-neurasthénies à hypertension artérielle. Société médicale du IXe arrondissement, séance du 12 avril 1900.

subjectifs que la neurasthénie vraie ou que la neurasthénie symptomatique, mais qui en diffèrent à tous les autres points de vue et sont caractérisés par de l'hypertension artérielle.

C'est ce qui existe dans l'état que nous avons décrit sous le nom de neurosthénie (1), affection qui précède en général l'artério-sclérose.

Il n'y a donc pas lieu d'insister ici sur cette question. Disons simplement que le traitement doit être absolument différent et être basé sur une diminution de la ration alimentaire et au point de vue de la quantité et surtout au point de vue de la qualité ; dans ces cas, on doit conseiller les courants de haute fréquence sous forme d'autoconduction.

OBSTÉTRIQUE

DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE EN OBSTÉTRIQUE PAR LE CHLORURE D'ÉTHYLE PUR (2).

Par le Dr G. Lepage, accoucheur des hôpitaux, et M. Le Lorier, interne des hôpitaux.

Parmi les interventions que l'accoucheur peut être amené à pratiquer au moment de la parturition, il en est quelques-unes qui ne sont pas suffisamment douloureuses pour légitimer l'usage d'un anesthésique tel que le chloroforme ou l'éther et pour lesquelles cependant la femme désire vivement ne pas éprouver de nouvelles douleurs. C'est ainsi que parfois l'accoucheur éprouve un refus formel lorsque, la délivrance faite, il se met en devoir de pratiquer une suture plus ou moins étendue du périnée.

Lorsqu'il n'y a que deux ou trois points de suture à faire, il est exceptionnel qu'avec un peu d'insistance, le médecin n'arrive pas à convaincre la femme de la nécessité de cette petite intervention ; mais si la déchirure très étendue nécessite cinq ou six sutures, il arrive que la femme refuse toute suture ou ne l'accepte qu'à condition de ne pas éprouver de douleur.

Il en est de même *a fortiori* pour les applications de forceps auxquelles nombre de femmes ne consentent qu'à la condition de ne pas souffrir ; or certaines femmes ou certaines familles ont une prévention souvent invincible contre le chloroforme. La discussion récente à l'Académie de médecine sur les dangers du chlorofor-

(1) A. Moutier. De la neurosthénie. Société médico-chirurgicale, séance du 28 octobre 1901, et Annales d'Électrobiologie, année 1901, p. 658.

(2) *Gazette hebdomaire*, n° 36, 1902.

me, — discussion vulgarisée dans les journaux politiques, — n'est pas faite pour faciliter la tâche du médecin en pareil cas.

Aussi le moment nous a-t-il paru favorable pour expérimenter, surtout dans les cas où l'intervention doit être de courte durée, un anesthésique général qui a été déjà employé par divers chirurgiens, le *chlorure d'éthyle*.

C'est en 1896, au Congrès des Sociétés savantes tenu à la Sorbonne, que Soulier et Briau ont fait connaître les propriétés anesthésiques du chloridène ou bichlorure d'éthylidène dont la formule chimique, $C^2H^4Cl^2$, diffère un peu de celle du chlorure d'éthyle, C^2H^5Cl.

Von Hacker (d'Insbruck), ayant eu connaissance de la communication de Soulier et Briau, fit les premiers essais cliniques : les résultats ont été publiés par son assistant, Alph. Ludwig (in *Beitrage für klinischen Chirurgie*, t. 3, p. 639, 1897). Cette statistique comprend 66 cas, de l'analyse desquels il résulte que :

1° L'anesthésie est obtenue en un temps variant de 60 secondes pour les enfants et les femmes à 75 ou 90 secondes pour les adultes mâles. 2° La période d'excitation manque complètement ou ne se manifeste que tardivement. 3° Le réveil est presque instantané sans céphalalgie, 4 fois seulement il y a eu des vomissements.

En 1898, Lotheisen (1) publie une statistique de 170 cas qui viennent confirmer les précédents. Il a observé une période d'excitation 13 fois, des vomissements 18 fois.

Au Congrès de Paris de 1900, Severéanu (de Bucarest) insiste sur les avantages du chlorure d'éthyle. « Le chlorure d'éthyle pur, dit-il, est absolument inoffensif et me paraît présenter de grands avantages. L'anesthésie générale que donne ce produit est rapide, elle ne détermine aucune nausée et est suivie d'un réveil presque immédiat ; je l'ai employé dans des cas déjà nombreux et j'en ai toujours été extrêmement satisfait. »

Au Congrès de Chirurgie de 1901, Malherbe en vante l'emploi et insiste sur les avantages suivants : anesthésie obtenue en 20 à 40 secondes, durant 4 minutes, indéfiniment renouvelable.

Enfin, récemment, Guinard (2), à la Société de chirurgie, a fait savoir qu'il emploie couramment le chlorure d'éthyle, mais comme préparatoire de l'anesthésie au chloroforme.

Cette anesthésie mixte est également employée par un certain nombre de chirurgiens.

Ce n'est pas à ce procédé d'anesthésie mixte que nous avons eu recours, mais à l'anesthésie obtenue seulement à l'aide du *chlorure d'éthyle pur* ; il importe, en effet, que ce produit soit d'une pureté très grande et ne contienne pas d'agents étrangers.

Dans le Bulletin de la Société de chirurgie du 25 février 1902, J. Reboul se montre partisan convaincu de l'anesthésie par le chlo-

(1) LOTHEISEN. — *München médic. Wochenschrift*, 1er mai 1900.
(2) GUINARD. — *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 4 mars 1902.

rure d'éthyle, qu'il a employé dans près de 200 cas ; en même temps il montre les inconvénients du *bromure d'éthyle* (vomissements violents, ictère, odeur alliacée de l'haleine, excitation cérébrale).

Derocque (*Revue médicale de Normandie,* 1902) a publié également les bons effets qu'il a observés du chlorure d'éthyle dans 45 cas où il y a eu recours : il insiste sur la nécessité de ne pas laisser pénétrer d'air ; l'anesthésie s'obtient en 10 ou 15 secondes chez les malades qui font de grandes inspirations ou poussent des cris ; quand les malades retiennent leur respiration, il suffit de soulever un instant la compresse.

Voici comment nous avons procédé à cette anesthésie : nous commençons par remplir de chlorure d'éthyle un petit flacon d'une capacité de 10 centimètres cubes fermant avec un bouchon de caoutchouc (les flacons de sérum de l'Institut Pasteur remplissent parfaitement le but). Cela fait, on verse d'un coup tout le contenu du flacon sur une compresse repliée en cornet, recouverte de taffetas gommé, le fond du cornet étant de plus garni d'un peu d'ouate hydrophile. On applique étroitement ce cornet sur la bouche et le nez de la parturiente. Nous avons eu soin, au préalable, de la rassurer et de lui montrer avec le cornet non imbibé de chlorure d'éthyle comment il faut respirer.

Au bout de quatre ou cinq inhalations la perte de connaissance commence ; elle se complète en quelques secondes. On observe alors du myosis et un peu de trismus qui ne tarde pas à cesser ; le visage garde sa coloration normale, la respiration, le pouls, restent calmes et réguliers.

Le masque ainsi chargé maintient une anesthésie complète pendant 3 à 4 minutes. Au bout de ce temps, le chlorure d'éthyle est évaporé et il faudrait en remettre une nouvelle dose, si on voulait continuer l'anesthésie. Si au contraire on veut cesser, il suffit d'enlever le masque. Trente secondes après, la femme est suffisamment réveillée pour faire des efforts au commandement, ce qui est utile à la fin d'une application de forceps ou au cours de l'extraction d'un fœtus se présentant par le siège.

Si, au cours de l'opération, on juge nécessaire d'obtenir une anesthésie plus durable, il suffit de substituer le chloroforme au chlorure d'éthyle en l'administrant comme on le fait habituellement ; il n'y a pas de réveil entre les deux variétés d'anesthésie.

L'un de nous (Le Lorier) a analysé sur lui-même et a expérimenté sur la sage-femme en chef du service, Mme Chineau, les effets du chlorure d'éthyle ; il a constaté que cet anesthésique ne cause pas la sensation d'étouffement que donnent le chloroforme et surtout l'éther ; son odeur est presque agréable et la pituitaire le tolère fort bien. L'anesthésie arrive d'une façon presque foudroyante ; au réveil, qui est presque aussi rapide, on n'éprouve qu'un peu de vertige très passager qui se dissipe complètement en moins de 2 minutes.

Les auteurs résument ensuite les observations de femmes qui ont été soumises à l'anesthésie par le chlorure d'éthyle.

Ces observations permettent de préciser les avantages de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle :

1° Administration facile ; la dose de chlorure d'éthyle employée étant toujours la même ;

2° Anesthésie obtenue en 30 à 60 secondes au maximum, pouvant durer 4 minutes sans que la dose soit renouvelée ;

3° Le réveil, qui est très rapide (au bout de 30 secondes), se fait sans céphalalgie et ne s'accompagne qu'exceptionnellement de vomissements peu abondants.

De ces quatorze observations nous pouvons en outre conclure que, si le chloroforme et l'éther restent les anesthésiques ou les analgésiques de choix, pour les opérations obstétricales de longue durée, les inhalations de chlorure d'éthyle peuvent être employées avec avantage dans les conditions suivantes :

1° Au cours du travail, lorsqu'il est urgent d'extraire le fœtus avec le forceps ou bien lorsqu'on pratique une version par manœuvres internes ou lorsqu'on abaisse le pied antérieur dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses. Dans cette dernière circonstance, l'anesthésie par le chlorure d'éthyle a l'avantage de permettre un réveil plus rapide de la femme, qui peut par ses efforts terminer l'expulsion du fœtus.

2° Dans la période de délivrance l'anesthésie par le chlorure d'éthyle peut trouver son indication lorsque l'accoucheur est obligé d'aller chercher le placenta dans la cavité utérine ou même exceptionnellement chez une femme particulièrement pusillanime, pour extraire les membranes lorsqu'elles restent en grande partie dans l'utérus et qu'on juge utile de les retirer.

3° Après la délivrance, pour pratiquer des sutures multiples du périnée on peut recourir à ce mode d'anesthésie.

Il est bien entendu que pour toutes ces petites interventions nous ne conseillons pas l'emploi systématique de l'anesthésie : elle n'est utile ou nécessaire que lorsque l'accoucheur pense que l'absence de douleur rendra l'intervention plus facile, ou lorsque la femme ne consent à l'intervention qu'à la condition de ne pas souffrir.

Pendant la grossesse, l'anesthésie par le chlorure d'éthyle peut trouver son indication lorsqu'on a besoin de pratiquer un examen sous anesthésie pour se rendre compte par exemple de certaines viciations pelviennes de diagnostic difficile (bassin oblique ovalaire, par exemple).

Malgré le petit nombre de nos observations, nous avons cru utile de les publier dès maintenant : notre but n'est pas seulement de faire connaître les bons résultats de cette méthode, mais il nous paraît plus urgent de demander à nos confrères, dans le cas où ils auraient déjà employé le chlorure d'éthyle comme anesthésique

général, s'ils ont observé des incidents ou des accidents, ou s'ils connaissent des contre-indications à ce mode d'anesthésie.

Convaincus que le *primo non nocere* est le devoir capital du médecin, nous continuerions plus volontiers ces essais d'anesthésie, si nos collègues venaient par des observations affirmer avec nous que l'anesthésie par le *chlorure d'éthyle* est efficace et, ce qui est plus important, qu'elle est *inoffensive*.

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA DES NOURRISSONS.

A. — *Traitement prophylactique.*

La femme qui allaite doit surveiller son alimentation. Les aliments doivent être d'une digestion et d'une absorption faciles. Quant aux boissons, il ne faut pas permettre plus d'une demi-bouteille de vin par jour. Dans l'intervalle des repas, si la nourrice a soif, elle peut prendre un peu de limonade ou de tisane de réglisse ; ou mieu de l'eau. Ni café, ni alcool.

Les exercices quotidiens, mais modérés, sont recommandés. Les nourrices mercenaires sont souvent réfractaires à ces règles d'alimentation et d'hygiène pourtant si élémentaires ; aussi faut-il les surveiller avec soin.

2° L'enfant sera tenu proprement et l'on empêchera la formation, sur la tête, des croûtes de lait. Enfin, point très important, l'enfant sera mis au sein régulièrement toutes les deux heures et dans les premières semaines, pesé tous les jours.

B. — *Traitement général.*

1° Lorsque l'eczéma est déclaré, il faut surveiller l'alimentation de la nourrice et de l'enfant.

D'une part, suppression de la viande, du vin, de la bière ; la nourrice prendra du lait coupé d'eau de Vichy, mangera beaucoup de légumes et sortira tous les jours. Dans certains cas, malgré les modifications apportées au régime alimentaire de la nourrice, l'eczéma de l'enfant persiste indéfiniment : il suffit alors de changer la nourrice pour voir très souvent l'eczéma guéri en quelques jours.

D'autre part, le nombre, la durée, les intervallès des tétées, seront réglés plus strictement que de coutume.

2° Faut-il donner des médicaments aux nourrissons eczémateux ?

L'on a recommandé un grand nombre de médicaments et de sirops. L'arsenic a la réputation d'être, à tort ou à raison, antidartreux, aussi a-t-il été recommandé sous forme de liqueur de Fowler, à la dose de 4 gouttes, suivant l'âge de l'enfant. Mais il semble

actuellement admis que la plupart des médicaments sont nuisibles. Tout au plus est-on autorisé à faire un usage modéré des alcalins, des laxatifs et des antiseptiques tels que le calomel, le benzonaphtol et le bicarbonate de soude.

3° Enfin il ne faut pas négliger la cure d'air, qui est un précieux adjuvant.

C. — *Traitement local.*

Quant au traitement local, il doit être des plus simples.

1° Tout d'abord débarrasser complètement la peau de tout exsudat desséché, et cela au moyen de cataplasmes de fécule de pommes de terre, compresses de tarlatane imbibées d'eau boriquée, de la calotte de caoutchouc vulcanisé.

2° Le décapage une fois obtenu, on applique une pommade. Les plus simples sont ici les meilleures. Vaseline à laquelle on peut associer un peu d'oxyde de zinc et de soufre dans les proportions suivantes :

Vaseline..............................	ãã 15 gr.
Lanoline..............................	
Oxyde de zinc........................	5 gr.
Soufre précipité pur, tamisé..........	1 gr.

Mais souvent les poudres inertes, talc, sous-nitrate de bismuth, dans les eczémas suintants, donnent de très bons résultats.

Enfin lors des poussées aiguës, il faudra recourir aux pansements humides, à l'eau bouillie.

En résumé, surveiller tout d'abord l'hygiène alimentaire de la femme qui allaite : nourriture mixte, pas trop de boissons, pas de bière. Ensuite régler l'alimentation du nourrisson. A côté du traitement prophylactique et du traitement général qui occupent le premier plan, instituer le traitement local qui n'est qu'un adjuvant.

LA RACINE DE LISERON COMME PURGATIF

E. Lhopitalier.

La résine des liserons indigènes s'est montrée, à l'expérimentation comme en clinique, un purgatif drastique de grande valeur, dont les effets moins irritants que le jalap et la scammonée ne leur cèdent en rien au point de vue de la constance de leur production. A la dose de 0 gr. 75 à 1 gramme, la résine de grand liseron produit les mêmes résultats que la résine de scammonée, est aussi cholagogue que la résine de jalap. La saveur est également moins âcre en raison de sa moindre solubilité dans les milieux alcalins, la salive en particulier.

La résine de soldanelle jouit d'une saveur aromatique qui tient à la fois de l'ambre gris et de la vanille.

Elle ne détermine ni la constriction de l'arrière-gorge ni le crachotement que provoque le jalap. A la dose de 0 gr. 75 à 1 gr. 20

elle produit les mêmes effets que les résines précédentes. Cette résine est anthelminthique au même titre que la résine de jalap. Outre la résine, le suc laiteux épaissi du grand liseron recueilli et préparé comme celui de la scammonée, à la dose de 1 gramme, agit mieux que la plupart des purgatifs contre les hydropisies. La poudre de racine de soldanelle, à la dose de 15 à 20 grammes ont donné les meilleurs résultats comme hydragogues, dans les hydropisies passives, les engorgements atoniques des viscères abdominaux, la constipation par inertie des intestins. La teinture maniée par Cazin lui a fourni des résultats en tous points comparables à ceux de l'eau-de-vie allemande.

Voici les principales formules que l'on peut employer dans la pratique :

Emulsion de suc de grand liseron.

Suc épaissi de grand liseron........		1 gramme.
Sucre.............................	āā	10 grammes.
Miel..............................		
Lait..............................		110 —
Eau de laurier-cerise..............		5 —

F. s. a. une émulsion à donner en une fois comme purgatif.

Emulsion de soldanelle.

Résine de soldanelle...............		0 gr. 80
Sucre.............................	}	6 grammes.
Gomme arabique pulvérisée..........		
Eau de fleurs d'oranger............		2 —
Sirop de coings....................		20 —
Eau q. s. pour.....................		100

Même emploi.

Il est utile de savoir, selon la remarque de Chevalier, que ces résines émulsionnées avec un jaune d'œuf déterminent de violentes coliques et purgent mal ; au contraire, avec la gomme arabique l'effet purgatif se produit sans coliques.

Teinture de soldanelle composée ou eau-de-vie française.

Suc de liseron épaissi...............	40 grammes.
Racine de soldanelle................	60 —
Racine de bryone....................	20 —
Alcool à 80.........................	1000 —

Faire macérer 8 jours, passer avec expression. Filtrer. Dose : 10 à 12 grammes.

Pilules hydragogues.

Digitale pulvérisée..................	1 gramme.
Suc de soldanelle épaissi............	1 —
Poudre de bryone.....................	0 gr. 75

Pour 20 pilules 4 par jour.

A toutes ces préparations, M. Lhopitallier préfère les pilules suivantes faites avec la résine seule.

Résine de liseron pulvérisée........ 0,25
Extrait de gentiane q. s. pour 1 pilule.
2 à 4.

NOTES PRATIQUES

Traitement des névralgies par les injections d'éther. (Dr KUMS). — Les névralgies traitées par cette médication étaient de nature rhumatismale (névralgie brachiale, torticolis, céphalalgie, odontalgie).

M. Kums emploie de préférence la liqueur anodine d'Hoffmann, qui contient parties égales d'éther et d'alcool et qui est moins volatile que l'éther pur. La dose est d'un gramme, c'est-à-dire la capacité d'une seringue de Pravaz. On pratique l'injection au voisinage du foyer douloureux ou à son point d'irradiation.

Cette injection est douloureuse et suivie d'une tuméfaction passagère des téguments. Pendant plusieurs heures et même plusieurs jours, cette région reste anesthésiée.

Traitement du chancre simple. (MOREL-LAVALLÉE).— L'auteur examine les différents traitements préconisés pour le traitement du chancre simple. L'excision doit être employée très rarement. La cautérisation doit être profonde et faite avec un liquide : elle doit être aussi employée bien rarement, surtout dans les circonstances suivantes quand le chancre est avancé comme développement, ou trop anfractueux, danger de réinoculation du voisinage, crainte de délabrements du fait de la cautérisation, situation du chancre dans une position trop apparente. Comme traitement usuel, l'auteur recommande : 1° isolement du chancre ; 2° hygiène appropriée, générale et locale : éviter les pommades grasses et surtout les pommades mercurielles ; 3° applications de topiques modificateurs. Tartrate ferrico-potassique, à la dose de 10 p. 100 en pansements répétés 2 à 3 fois par jour. Iodoforme, agent merveilleux, mais infidèle. Iodol, inférieur à l'iodoforme. Nitrate d'argent, en solution à 3 p. 100 (Fournier), guérit presque toujours, mais d'une façon un peu lente. Acide pyrogallique. Acide salicylique, excellent remède, mais très inconstant d'effet. M. Fournier s'est bien trouvé de la combinaison suivante : pansements à la solution de nitrate d'argent pour la journée, à l'iodoforme la nuit. A l'exception de l'iodoforme, tous les topiques cités plus haut indurent le chancre. On ne devra donc les employer qu'autant que le diagnostic sera formellement assuré.

Le nouveau pansement antiseptique sans bandes, par SOCIN. — Un certain nombre de régions anatomiques se prêtent mal, par suite de leur forme ou de leur situation, à l'application d'un bandage après une opération chirurgicale. Parmi ces régions incommodes, les lèvres viennent en première ligne et les chirurgiens ne savent que trop bien combien il est difficile d'y maintenir un pansement antiseptique, après l'opération du bec-de-lièvre.

C'est pour remédier à cet inconvénient que M. Socin (de Bâle) a été amené à employer un antiseptique qui adhère solidement à la peau et rend superflu, par suite, l'emploi de bandes et de taffetas gommé, trop sujet à se déplacer ou se salir.

Cette pâte se compose essentiellement d'oxyde de zinc et de chlorure de zinc mélangés avec de l'eau dans les proportions suivantes :

Oxyde de zinc......... 50 parties
Eau................... 50 —
Chlorure de zinc....... 5 à 6
Mêlez intimement.

La pâte doit être employée aussi fraiche que possible ; le chirurgien devra donc faire lui-même la préparation, au moment de s'en servir.

Après l'opération du bec-de-lièvre, aussitôt les sutures achevées et après un dernier lavage antiseptique du champ opératoire qu'on dessèche en suite exactement, on étend avec un pinceau ou avec une spatule la quantité nécessaire de pâte de Socin sur la plaie suturée et son voisinage immé-

diat, en ayant soin de ne pas obstruer les orifices des narines. La pâte se sèche au bout de quelques minutes pendant lesquelles on lui incorpore quelques minces flocons de ouate pour augmenter sa résistance; finalement on obtient une croûte solide, fortement adhésive, imperméable à l'air et aux liquides, qui assure une antisepsie parfaite de la plaie et par suite la réunion par première intention.

L'emplâtre ainsi appliqué demeure facilement en place pendant quatre à six jours, au bout desquels on le décolle avec ménagement pour découvrir la plaie, et enlever les sutures. Cette opération terminée, on fait une nouvelle application de pâte, qu'on laisse en place jusqu'à ce qu'elle tombe d'elle-même, ce qui arrive, en général, au bout de cinq à six jours, et l'on trouve alors la plaie complètement cicatrisée.

La pâte à l'oxyde et au chlorure de zinc aurait un autre avantage, celui de ne pas être irritante et de ne jamais provoquer d'eczéma à la suite d'une application prolongée.

Il va sans dire que cette pâte peut être employée également avec succès dans tous les cas où il est nécessaire de maintenir le pansement sans bandes.

Moyen de prévenir l'asphyxie dans la présentation du siège.—Le procédé signalé par M. Ord est applicable lorsque l'existence du fœtus est menacée par la compression du cordon. Au cours d'un accouchement par le siège, tandis que le tronc était déjà sorti, l'accident, qu'on observe fréquemment, se produisit : la tête refusa d'avancer. Pendant quelques instants, les pulsations du cordon ombilical continuèrent à être perçues, puis s'arrêtèrent. L'auteur avait dans sa trousse obstétricale, tout à fait fortuitement, une sonde d'homme en argent. Il introduisit cet instrument dans la bouche de l'enfant et, presque aussitôt, celui-ci se mit à crier, sa poitrine eut un mouvement d'inspiration et on évita de la sorte l'asphyxie qu'on redoutait.

Au bout de quelques minutes, une sonde de femme en argent fut introduite à côté de la première, afin de laisser pénétrer un peu plus d'air. La tête ne tarda pas à pouvoir être extraite.

M. Ord pensa d'abord que cette méthode était absolument nouvelle, mais, au cours de recherches bibliographiques, il s'aperçut en lisant le *Traité d'accouchement* de Playfair que le procédé avait déjà été essayé, mais, ajoutait l'auteur, on ne pouvait compter sur ce moyen. Cependant l'observation qui précède montre qu'on peut parfois en tirer parti avantageusement.

Dans le même numéro de *The Lancet*, M. Edwin Smith propose également de prévenir l'asphyxie dans les cas de « tête dernière », en introduisant un tube flexible dans la bouche de l'enfant. Il suggère l'idée d'ajouter dans la trousse des accoucheurs un tube de métal poli, du calibre d'une sonde moyenne et garni à une de ses extrémités d'un manchon de caoutchouc destiné à éviter de léser les parties molles de l'enfant.

Le chlorate de potasse dans le traitement des brûlures. (Browne.) — Utile surtout sur les brûlures par les corps solides et par l'eau bouillante au deuxième et au troisième degré, aussi bien que dans les variétés plus sérieuses et plus graves des quatrième et cinquième degrés.

Voici la manière d'appliquer cette solution sur les brûlures superficielles : on commence d'abord par ouvrir les ampoules. Puis des cataplasmes sont appliqués chaque *quatre heures* sur la partie malade, jusqu'à ce que les lambeaux épidermiques soient complètement détachés.

On applique alors à la surface dix doubles le lint, qui sont imbibés d'une *solution de chlorate de potasse saturée*. Une mince feuille de soie huilée est placée par-dessus.

Afin d'empêcher le lint d'adhérer à la surface de la plaie, on ajoute une petite quantité de glycérine à la solution. Ou bien encore le chlorate de potasse est incorporé dans une pommade avec de l'axonge.

On agit de même pour les brûlures profondes, après avoir fait tomber les escharres au moyen de cataplasmes.

FORMULES

Le seigle ergoté granulé.

(VELPRY.)

La granulation du seigle ergoté assure à la fois sa conservation et facilite son administration. Voici comment M. C. Velpry l'opère :

« Mon seigle ergoté granulé, dit-il, se prépare de la même façon que tous mes autres produits, c'est-à-dire par l'incorporation de la poudre récente dans une solution concentrée de sucre bouillant à 112 degrés. La quantité d'eau, variant selon la densité de la poudre, est d'environ 150 grammes d'eau pour un 1 kilogramme de sucre raffiné. La dessiccation et la granulation, en chassant l'eau qui a servi d'adjuvant, ramènent le poids de la préparation au poids total des produits contractants.

Voici la formule :

Sucre raffiné................	3
Poudre de seigle ergoté récente......................	1

Le chloroforme comme tænifuge.

On fait prendre en trois fois, à sept heures, à neuf heures et à onze heures du matin :

Chloroforme............	4 gr.
Sirop simple............	35 —

A midi le malade se purge avec 35 grammes d'huile de ricin. Vers une heure et demie, il rend le tænia presque toujours avec la tête.

Le Muguet (*Convallaria maialis*) dans les affections cardiaques.

Le muguet est surtout utile dans les maladies mitrales avec hydropisies, surtout quand les urines ne contiennent pas d'albumine : il calme aussi les palpitations et les désordres du cœur qui ne se rattachent pas à une lésion des orifices ; d'après Beaumetz, un avantage du muguet, c'est qu'il n'est pas toxique pour l'homme.

On peut prescrire le muguet sous la forme suivante.

Traitement des mammites puerpérales par l'iodure de plomb.

(YOUNG.)

« On badigeonne la région d'un liniment à l'iodure de plomb et on la recouvre ensuite d'une compresse imbibée d'une solution alcoolique d'acétate de plomb. L'humidité de cette compresse doit être entretenue pendant trois ou quatre heures. On exprime alors le lait de la glande mammaire en la lubrifiant avec le même liniment pendant cette manipulation. Le pansement à l'iodure de plomb est répété deux ou trois fois chaque jour et produirait la suppression de la sécrétion lactée en moins d'une semaine. Un avantage de ce traitement est de diminuer la sensibilité et de faire disparaître les douleurs mammaires. »

Il faut surveiller l'intoxication saturnine.

Contre l'insomnie.

Hypnone...........	VIII gouttes.
Glycérine...........	2 grammes.
Looch blanc........	40 —

A prendre en une seule fois.

Emploi de l'hydrate d'amylène.

Nous avons publié dans le n° de mai, page 265, une note sur les propriétés de l'hydrate d'amylène. Une erreur typographique a fait oublier les formules de ce médicament ; les voici d'après Mering :

Hydrate d'amylène....	7 grammes
Eau distillée......... Eau de fleur d'oranger	ââ 50 gr.
Sirop d'écorce d'oranges amères..............	30 gr.

En prendre la moitié le soir (contre l'insomnie chez les agités).

L'hydrate d'amylène se prend également en capsules ou en cachets d'un gramme le soir d'heure en heure. Dose maximum : 4 grammes.

Contre la scrofule de l'enfance.

Huile de foie de morue..............	500 grammes.
Essence d'amandes amères...........	XX gouttes.
Essence de Wintergreen............	XX —
Sucre pulvérisé.....	190 grammes.
Gomme arabique....	5 —
— adragante..	5 —
Eau distillée........	285 —
Hypophosphite de chaux............	10 —
Hypophosphite de soude............	5 —

2 à 3 cuillerées à soupe par jour. (GAY.)

Traitement des vomissements.

(PEGURIER, de Nice).

Voici les indications principales :

1° Calmer l'excitabilité de la muqueuse gastrique ;

2° Atténuer l'état d'irritation qui entretient ou provoque cette excitabilité.

1° L'hyperexcitabilité de la muqueuse est calmée par le *froid* (petits morceaux de glace avalés après le repas), ou par l'administration de certaines substances anesthésiques (*eau chloroformée*, *bromoformée*, *champagne glacé*, *eau oxygénée*, etc.).

Voici une formule d'eau chloroformée (une à deux cuillerées à soupe après chaque repas) :

Eau chloroformée saturée }
Eau de fleurs d'oranger... } àà 250 gr.

On peut employer encore la potion suivante, dans le même but (Mathieu) :

Menthol.. .... 0 gr. 20
Julep gommeux.......... 150 »

Deux à quatre cuillerées à soupe, espacées, après le repas.

2° L'irritation de voisinage, qui met en jeu l'intolérance gastrique, doit aussi être recherchée et traitée (complications de nature tuberculeuse occupant l'arrière-gorge, le pharynx ou l'épiglotte). En dehors du traitement curatif dont nous n'avons pas à nous occuper en ce moment, il y a le traitement palliatif par l'anesthésie locale, et on obtient celle-ci par des badigeonnages :

1° Bromure de potassium.. 3 gr.
Glycérine................. 30 »

Un badigeonnage pharyngé avant haque repas.

• Chlorhydrate de cocaïne. 2 gr.
Eau..................... 100 »

Badigeonner le pharynx au moment présumé du vomissement.

3° Diiodoforme............. 8 gr.
Chlorhydrate de cocaïne.. 0 » 08
— de morphine 0 » 04

Pour insufflations (ce traitement a également l'avantage d'agir sur les lésions).

Les traitements de la blennorragie chronique.

(LESSER.)

On emploiera les injections avec les solutions soit d'acétate de zinc à 0,3 p. 0/0, soit d'acétate de plomb à 0.5 0/0 soit d'un mélange d'acétate de plomb et de sulfate de zinc à 0,3 %, ou bien encore le sous-nitrate de bismuth en suspension à 2 %.

Lorsque l'urèthre postérieur est atteint, on fera des instillations au nitrate d'argent de 1 à 2 %.

Lesser conseille aussi l'emploi de crayons médicamenteux :

Nitrate d'argent... 0 gr. 2 à 0 gr. 3
Lanoline pure..... 20 —

pour un crayon long de 3 à 4 centimètres.

On peut faire également ces crayons soit à l'iodoforme, soit à l'oxyde de mercure.

Une autre méthode consiste en l'emploi de bougies enduites d'une pommade médicamenteuse. Unna la formule ainsi :

Nitrate d'argent....... 0 gr. 03
Beurre de cacao...... 3 —

On fait fondre cette masse au bain-marie, on y plonge les bougies et on suspend librement à l'air libre. Par le refroidissement, elles se recouvrent d'une couche consistante. On peut ensuite les introduire avec une sonde métallique. Chaque introduction détermine pendant 1 ou 2 jours un peu d'irritation et d'augmentation de l'écoulement, mais la guérison se fait ordinairement après 6 à 7 séances.

Tommasoli a préconisé l'injection d'une pommade de lanoline au nitrate d'argent :

Nitrate d'argent..... 1 gr.
Baume du Pérou.... 2 —
Beurre de cacao..... 100 —
Cire .... 2 — à 5 gr.

qu'on introduit avec une seringue munie d'un cathéter, soit avec le tripperpistole. Ce traitement ne donne ordinairement lieu à aucune réaction et on peut répéter les séances tous les deux ou trois jours. Les avantages de cette méthode résultent du fait que la lanoline adhère étroitement à la muqueuse humide et que le contact dure plus longtemps.

Dans d'autres circonstances on peut obtenir de bons résultats pour la simple dilatation avec grosses sondes métalliques, n°s 20, 22 en les laissant en place pendant 1/4 d'heure. C'est la pression de la sonde sur la muqueuse qui fait seule, dans ce cas, l'efficacité du traitement.

Quand on pratique le cathétérisme, il ne faut pas se servir pour les injections de substances insolubles.

Pommade contre le prurit de la vulve.

(Brocq.)

Acide phénique............ 1 gr.
Acide salicylique........... 2 gr.
Acide tartrique............. 3 gr.
Glycérolé d'amidon à la glycérine pure (60 à 100 grammes suivant la tolérance.)

Le guaco contre le prurit.

(Butte.)

Guaco concassé......... 30 gr.
Bicarbonate de soude... 5 gr.
Eau................... 1 litre.

Faire bouillir 1/4 d'heure, laisser macérer une heure et décanter. Avec ce liquide on imbibe une tarlatane que l'on enveloppe dans un pansement.

Blennorrhagie chez la femme. Vaginite.

(Malbec.)

1° Faire trois injections vaginales par jour avec la solution suivante, un paquet par litre d'eau bouillie :

Sublimé................. 0 gr. 50
Acide tartrique........... 1 —
Indigo.................. q. s

Pour un paquet n° 30.

2° Insuffler ensuite une pincée de la poudre suivante :

Alun..................... 30 gr.
Tanin.................... 20 —

3° Le soir, placer dans le vagin un *ovule à la glycérine solidifiée* contenant :

Résorcine................. 1 gr.
Glycérine pure solidifiée..... q. s.

F. s. a. un ovule, n° 20.

Contre l'Anémie tuberculeuse

Rp. Soufre lavé......... 10 gr.
Sucre de lait........ 20 gr.

M. S. A. — Prendre une pincée de cette poudre au début de chaque repas.

Rp. Poudre de feuilles de digitale................ ÅÅ 2 gr.
Lactate de fer....... } Q. S.
Extrait de gentiane.. }

F. S. A. — Trente pilules. Prendre 2 pilules par jour.

BIBLIOGRAPHIE

L'Hystérie et son traitement, par le Dr Paul Sollier, 1 vol. in-12 de la *Collection médicale*, cart. à l'angl., 4 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Ce nouvel ouvrage de l'auteur de *Genèse et nature de l'hystérie*, s'adresse tout spécialement aux praticiens, à qui, depuis quelques années, on semblait dénier la capacité de traiter l'hystérie, qui rentrait de plus en plus dans le domaine des psychologues.

L'auteur a eu pour but précisément, en faisant d'abord l'examen critique des théories sur la nature de l'hystérie et le mécanisme de ses phénomènes, de montrer qu'ils sont d'ordre essentiellement physiologique, et que leur traitement est par conséquent du ressort des cliniciens. Etablir la pathogénie générale des troubles hystériques et partir de là pour en déduire le traitement rationnel, telle est l'idée directrice de l'ouvrage.

Aussi l'auteur a-t-il cru devoir entrer dans les plus minutieux détails sur la conduite à tenir vis-à-vis des malades et de leur famille, sur la mise en œuvre des procédés à employer contre les divers accidents, procédés anciens et empiriques mais reconnus excellents, ou procédés nouveaux. Pour les premiers il montre comment la pathogénie proposée les explique et les justifie ; pour les seconds, il expose comment ils découlent de cette pathogénie.

La théorie et la pratique se trouvent donc toujours intimement liées ; l'auteur ne donne aucun conseil, aucune manœuvre, aucun procédé dont il n'explique le pourquoi en même temps que le comment de leur application.

Basé sur la longue expérience de l'auteur, cet ouvrage constitue pour les praticiens le guide le plus complet et le plus pratique du traitement de l'hystérie.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ALLAITEMENT AU SEIN

Par le Dr Louis DUBRISAY,
Membre de la Société médico-chirurgicale.

« *L'allaitement*, a dit Jacquemier, *est le mode d'alimentation propre au nouveau-né* », aussi doit-on, dès le début de son entrée dans la vie, se préoccuper de donner à l'enfant qui vient de naître la quantité de lait nécessaire pour lui permettre de vivre et de se développer. Pendant les premiers mois de sa vie, c'est le lait *seul*, à l'exclusion de tout autre aliment qui convient à l'enfant et de tous les laits celui qui lui convient le mieux c'est le lait de femme, et plus que tout autre le lait de sa mère. C'est donc à *l'allaitement maternel* que, sauf de rares exceptions, nous devons avoir recours. Je sais bien que, depuis quelques années, les progrès faits par la règlementation scientifique du biberon ont permis dans certains cas d'élever des enfants dans de bonnes conditions, mais ces cas doivent rester l'exception, et, dès le début de cette étude nous tenons à le déclarer hautement, l'alimentation de choix devra toujours être l'alimentation au sein de la mère : c'est celle pour laquelle nous devrons lutter de toutes nos forces, c'est celle à laquelle se sont rattachés à l'heure actuelle tous les médecins, accoucheurs ou pédiâtres, qui se sont occupés de cette question.

Nous n'aurons du reste, en ce qui nous concerne, dans la partie du rapport qui nous a été confiée, qu'à nous occuper de l'allaitement au sein, des conditions dans lesquels il doit être pratiqué pendant les premiers mois de la vie, jusqu'au jour où pour des raisons multiples, que nous n'avons pas à étudier ici, on se voit forcé soit de sevrer l'enfant, soit d'ajouter un aliment étranger, lait ou autre, à sa ration quotidienne.

Nous étudierons dans une première partie, les conditions de l'alimentation au sein lorsque l'enfant est né à terme, dans des conditions de parfait développement, nous réservant dans un second chapitre, de dire quelques mots des règles particulières que comporte l'allaitement, lorsque l'enfant naît débile, c'est-à-dire pesant moins de 2500 grammes.

Pendant les premières heures qui suivent sa naissance, si on place l'enfant au sein de sa mère, il se met immédiatement à saisir le bout du sein et à pratiquer des mouvements de succion, mais c'est à peine s'il fait sourdre par les canaux galactophores quelques gouttes de *colostrum*. — Ce n'est en effet

qu'au bout de 3 ou 4 jours (temps variable, ainsi que nous allons le voir suivant les femmes) que se produit le phénomène de la montée de lait. Jusque-là ce ne sont que des gouttelettes d'un blanc jaunâtre, tachant le linge, que l'on peut faire soudre par la pression.

Ce colostrum, que l'on trouve dans le sein pendant toute la grossesse, se compose d'après Donné, Marfan, Czerny, etc. :

1° De globules de graisse ;

2° De leucocytes ;

3° De corpuscules appelés par Henle *corpuscules du colostrum* par Donné, *corps granuleux*. Ces corpuscules, pris autrefois pour des cellules épithéliales de la glande mammaire, ne sont, en somme, d'après les recherches récentes que des leucocytes modifiés, des cellules lymphatiques, qui ont pour but d'absorber les corpuscules graisseux non utilisés dans le lait.

Les matrones faisaient jouer autrefois une grande importance à l'absorption du colostrum par l'enfant, pensant que c'était pour lui un purgatif naturel, qui l'aidait à expulser les humeurs qu'il renferme ; c'était un succédané du sirop de chicorée.

Nous savons maintenant ce qu'il faut penser de cela, et depuis longtemps on a fait bon marché de ces opinions, mais il n'en reste pas moins important de mettre l'enfant au sein, 24 ou 36 heures c'est-à-dire très tôt après sa naissance, car sous l'effet des mouvements de succion, les bouts de sein se forment et il se fait dans la glande un appel destiné à éveiller en elle la sécrétion lactée.

Nous ne voudrions pas entrer dans de grands détails sur le mécanisme intime de cette sécrétion, cependant il nous semble indispensable de rappeler en quelques mots comment elle s'accomplit. Sous l'influence de la grossesse et de l'accouchement, il se produit un développement plus considérable des mamelles. — Sous l'effet de l'excitation produite par les mouvements de succion sur le mamelon on voit une circulation plus active s'établir dans la glande ; il y a transsudation du sérum sanguin dans les tubes glandulaires. En même temps il se produit d'importantes modifications du côté de l'épithélium tapissant les culs-de-sac glandulaires. Les cellules polyédriques de cet épithélium se gonflent, deviennent plus claires ; leurs noyaux prolifèrent et en même temps leur protoplasma se charge de gouttelettes graisseuses ; ces gouttelettes graisseuses font saillie dans l'intérieur du cul-de-sac et, entraînant le protoplasma, viennent tomber dans la lumière du conduit glandulaire. Arri-

vé là le protaplasma se dissout dans le liquide, les gouttelettes graisseuses deviennent libres, restent en suspension. Au dessous, la cellule se régénère et le même travail s'effectue sans discontinuer.

Cette excitation mammaire est à n'en point douter sous l'influence du système nerveux : des expériences de physiologie le prouvent.

Mais elle est également, sans conteste, sous l'influence des émotions morales. Le professeur Budin a montré cliniquement les modifications se produisant dans la sécrétion lactée chez des nourrices ayant éprouvé de violentes colères. Nous avons vu, pour notre part, la sécrétion lactée disparaître complètement pendant plusieurs heures, chez une dame excellente nourrice, à la suite d'une violente crise d'hystérie.

Ces phénomènes physiologiques de la sécrétion lactée chez la femme après l'accouchement, s'accompagnent de phénomènes cliniques que nous devons étudier maintenant.

Le 3e jour après l'accouchement chez la *multipare*, le 4e ou 5e jour, parfois plus tardivement encore chez la *primipare*, on voit les seins se gonfler, devenir turgides ; la peau devient lisse, tendue, des veines bleuâtres se dessinent sur le mamelon, toute la région mammaire est douloureuse au toucher.

Parfois, la montée laiteuse est si abondante que les seins forment deux globes durs comme de la pierre s'étendant jusque sous les bras, avec parfois pseudo-adénopathie axillaire. Lorsque la montée de lait atteint cette intensité, elle ne va pas sans quelques phénomènes généraux : augmentation légère de la température (qui s'élève jusqu'à 37°5, parfois même 38°), accélération du pouls, céphalée, léger état saburral. Mais ce n'est, hâtons-nous de le dire, que tout à fait exceptionnellement que de pareils faits se produisent, contrairement à l'opinion des anciens qui croyaient à la *fièvre de lait*.

Il faut que nous soyons bien d'accord là-dessus : la *fièvre de lait n'existe pas* : à peine dans quelques cas rares, voit-on ces phénomènes sub-fébriles que nous avons signalés, mais tout ce que les anciens ont décrit n'est que de l'infection, le plus souvent d'origine utérine, s'étant produite au moment de l'accouchement et ayant mis deux ou trois jours à se développer.

Que la femme nourrisse ou non, ces phénomènes de fluxion mammaire se produisent toujours chez une accouchée qui va bien, mais, comme nous le disions plus haut, ils se produisent d'autant plus rapidement, et avec une intensité d'au-

tant plus grande, que l'enfant a été mis plus tôt au sein, qu'on a tenté, par les mouvements de succions, de favoriser la sécrétion de la glande.

Nous n'avons en vue en ce moment, bien entendu, que les femmes chez lesquelles l'allaitement n'est pas contre-indiqué. Lorsqu'il n'y a pas de contre-indication, dans l'immense majorité des cas, avec de la persévérance, on arrivera à réveiller la sécrétion lactée, en plus ou moins grande abondance, il est vrai, et en plus ou moins de temps.

En ce qui nous concerne, en nous rappelant les différents cas observés tant en ville qu'à l'hôpital, il n'y a guère qu'un cas dans lequel nous ayons constaté une véritable agalactie.

Il s'agissait de la femme d'un de nos amis, que nous avons accouchée, et dont nous vous demandons la permission de résumer en quelques mots l'observation :

Mme X..., primipare, accouche dans des conditions un peu pénibles, le 5 décembre 19.., d'une fille à terme du poids de 2.900, vigoureuse, bien constituée. Dès le deuxième jour, on met l'enfant au sein de sa mère, et comme le lait ne paraît pas venir, malgré de violents efforts de succion, on se décide à prendre une nourrice, *avec son enfant*, gros gaillard de trois mois environ. On met le nouveau-né au sein de la nourrice, et l'enfant de trois mois au sein de la nouvelle accouchée. Malgré des tentatives réitérées, faites pendant plus d'une semaine nous ne sommes jamais arrivé à faire monter plus de 10 cc. dans les deux seins de Mme X.., et cela toutes les trois heures. Aussi, de guerre lasse, avons-nous renoncé dans ce cas à l'allaitement maternel.

Il faut, avons-nous dit, persévérer pendant longtemps et ne pas se décourager si au bout de cinq ou six jours, l'enfant ne trouve pas dans les seins de sa mère la quantité de lait suffisante pour sa ration journalière. Il est certaines femmes, en effet, chez lesquelles la montée laiteuse est beaucoup plus lente à s'établir. Nous avons eu l'occasion, l'année dernière, d'observer une dame qui, pendant le premier mois, était forcée de donner 4 biberons par jour à son enfant, n'ayant du lait dans les seins que pour quatre tétées. (Nous reviendrons plus loin sur le nombre des tétées, les quantités de lait.)

Au bout d'un mois la quantité de lait s'est accrue au point qu'elle a pu diminuer les biberons qu'elle donnait à son enfant, de un, puis de deux. Au quatrième mois enfin, elle nourrissait son bébé exclusivement au sein et elle a pu continuer.

Chez certaines femmes, ce n'est parfois que très tardive-

ment que la première montée de lait se produit ; ce n'est qu'au bout de 8 jours, 10 jours et même plus, que l'on voit l'enfant pouvoir prendre dans le sein une ration suffisante. Ne nous décourageons donc pas trop vite, et lorsque nous voyons une femme qui est dans l'intention de nourrir, persistons longtemps avant de déclarer qu'elle ne pourra pas le faire, avant de prendre une résolution extrême, car parfois nous aurons l'agréable surprise de voir la montée se faire tardivement, après plusieurs jours, quelquefois même plusieurs semaines. Bien entendu on ne devra pas laisser l'enfant souffrir, mais on fera de l'alimentation mixte, en suivant les règles que notre honorable co-rapporteur, M. Dhomont, nous a indiquées dans son si intéressant rapport, ou bien on pourra conserver une nourrice mercenaire avec son enfant.

Il est des cas plus curieux encore, au point de vue de l'établissement de la sécrétion lactée, dont nous voudrions parler maintenant. Ce sont ceux dans lesquels une femme ayant cessé de nourrir, pendant un mois, deux mois, veut reprendre l'allaitement et y réussit.

Le Professeur Budin en a rapporté plusieurs exemples : un entre autres que nous avons eu l'occasion d'observer quand nous avions l'honneur d'être son chef de clinique, et qui nous a particulièrement frappé. Il s'agissait d'une femme qui, accouchée à l'hôpital, nourrissant son enfant, avait suivi pendant un certain temps la consultation de nourrissons que le Professeur Budin a fondée : l'enfant allait très bien. Sa mère le mit en nourrice. Au bout d'un mois, elle va le voir, et le trouve dans un état tellement déplorable qu'elle le ramène immédiatement à Paris. Elle vient à la Clinique Tarnier où on l'hospitalise.

M. Budin décide d'essayer de faire revenir le lait chez cette femme qui avait cessé de nourrir pendant plus d'un mois. A cet effet on met régulièrement à son sein un enfant vigoureux, tandis que son propre enfant est mis au sein d'une bonne nourrice. Pendant les premiers jours, elle ne donne que quelques grammes de lait à chaque tétée, mais bientôt on voit le lait qui augmente dans les seins et au bout d'une dizaine de jours, elle quittait l'hôpital nourrissant *exclusivement au sein* son enfant, qui était revenu à la santé grâce aux soins dont on l'avait entouré, et surtout grâce à une alimentation au sein faite d'une façon régulière.

Etant donné que dans la majeure partie des cas une accouchée, qui va bien, peut et doit nourrir, voyons maintenant

quelles sont les règles qui doivent présider à l'allaitement naturel.

Pendant la grossesse, une femme qui veut nourrir fera bien, pour éviter les crevasses, qui peuvent devenir la source d'infection mammaire et obliger à suspendre l'allaitement, de se laver régulièrement les bouts de seins avec de l'eau et du savon, de façon à bien les débarrasser de toutes les croûtes qu'ils peuvent présenter. De plus, il y aura également avantage à faire, matin et soir, des lavages à l'alcool ou à l'eau de Cologne, et au besoin après ce lavage, saupoudrer avec de la poudre de tannin. On proscrira, d'une *façon absolue*, les manœuvres de succion faites pendant la grossesse par certaines matrones et destinées à rendre le bout de sein plus facile à prendre pour l'enfant. Le professeur Fournier a rapporté des cas de contamination de syphilis dus à ce procédé. Ou bien les bouts de seins sont suffisamment formés et on n'a pas besoin de les faire saillir, où ils sont insuffisants et on a recours à un des procédés : bout de sein artificiel ou tétrelle sur lesquels nous reviendrons dans un instant.

Il faut avoir soin, avant et après la tétée de laver le bout de sein avec un peu d'eau bouillie de façon à prévenir toute infection, et de le bien sécher pour éviter toute gerçure.

Pour donner le sein, la mère se tournera légèrement sur le côté et placera l'enfant allongé à côté d'elle ; on aura soin de bien placer le bout de sein dans la bouche de l'enfant et d'appuyer sur la glande, au-dessous de son nez, de façon à ce qu'il puisse respirer pendant qu'il accomplit les mouvements de succion.

On ne doit pas laisser l'enfant plus de cinq à dix minutes au sein, car le bout macérerait dans sa bouche. De plus, il prendrait des quantités de lait trop considérables : il y a du reste des variations à ce sujet, suivant l'âge de l'enfant, sa force pour téter, la facilité plus ou moins grande avec laquelle vient le lait. Aussi est-il de toute nécessité, pendant les premiers jours, de peser l'enfant avant et après la tétée de façon à se rendre compte des quantités de lait qu'il aura absorbées.

Nous avons supposé, quand nous avons parlé de l'établissement de la sécrétion lactée, qu'il s'agissait d'une femme saine, chez laquelle il n'y avait aucune contre-indication à l'allaitement.

Nous aurons en vue également, en ce qui concerne le nombre des tétées, les quantités de lait à prendre par jour et par

tétée, — un enfant sain, pesant le poids moyen d'un enfant à terme, c'est-à-dire de 3 k. à 3 k. 500.

Le jour de sa naissance, l'enfant ne prend pour ainsi dire rien, autrefois on avait l'habitude de lui donner du sirop de chicorée, pour le purger et lui faire rendre son méconium : pratique mauvaise, à laquelle on a renoncé.

Le 1er jour, on lui fera prendre 5 à 10 grammes de lait d'ânesse, ou d'eau bouillie légèrement sucrée, ou de lait bouilli coupé d'eau par moitié ; car il ne trouvera rien dans le sein maternel.

Le 2e jour, si on est en présence d'une multipare, le lait commence à monter, l'enfant pourra faire 4 à 5 tétées, et prendre 15 gr. de lait à chaque tétée.

Le 3e jour........................... 40 gr. par tétée
Le 5e jour........................... 55 gr. par tétée

Au bout d'une semaine, si la montée laiteuse s'est bien effectuée, il fera des tétées de 60 à 75 gr. et cela pendant le premier mois. Si la mère est bonne nourrice, il ne devra à chaque tétée ne prendre qu'un seul sein, et y trouver en 4 ou 5 minutes la ration suffisante.

Quant au nombre des tétées on devra faire prendre le sein à l'enfant toutes *les 2 heures 1/2* pendant le jour, une fois, deux fois au maximum la nuit ; nous compterons les deux heures 1/2 depuis le moment où *il finit* une tétée, jusqu'au moment où il en *recommence* une autre : il fera ainsi de 7 à 8 tétées dans les 24 heures et prendra pendant le premier mois de 480 à 600 gr. pendant les 24 heures.

Voici du reste un tableau, emprunté au *Traité de l'allaitement* de Marfan, qui indique le nombre de tétées, les quantités de lait et cela pendant les premiers mois :

Age	Nombre des tétées en 24 heures	Intervalles des tétées	Quantité de lait par tétées	Quantité de lait par 24 heures
1er jour...	4	toutes les 4 h.	8 gr.	32 gr.
2e jour....	6	toutes les 3 h.	20 gr.	120 gr.
3e jour....	7	—	40 à 50 gr.	280 à 350 gr.
4e jour....	7	—	50 à 60 gr.	350 à 420 gr.
1er mois..	8	toutes les 2 h. 1/2	60 à 80 gr.	480 à 640 gr.
2e et 3e »..	8	—	80 à 100 gr.	640 à 800 gr.
4e et 5e »..	7	toutes les 3 h.	120 à 130 gr.	840 à 910 gr.
6e au 9e »..	7	—	140 à 150 gr.	980 à 1050 gr.

A ce sujet, nous répèterons ce que nous avons déjà dit, a savoir que ces chiffres ne sont que des moyennes et que suivant les enfants, il y a de grandes variétés individuelles : tenant à la nature du lait, plus ou moins riche suivant les femmes, tenant à l'enfant lui-même, qui dans certains cas, pèse 3.000 gr. dans d'autres 4 kilogr. et même plus.

Il peut se faire que l'enfant ne prenne pas en quantité suffisante, sans pour cela se plaindre.

On sera en présence de ces enfants trop sages, dont le professeur Budin recommande de se méfier. Ils tettent pendant 2 ou 3 minutes, puis s'endorment et ne se réveillent jamais spontanément. En apparence, ils sont bien, mais lorsqu'on les pèse d'une façon régulière, ce qu'il faut toujours faire les premiers jours, on voit qu'ils n'ont pris que 20, 30, 40 gr. de lait à la tétée, et lorsqu'on les pèse nus, on voit qu'au lieu de suivre une progression ascendante, leur poids diminue.

Il faut alors les exciter par différents moyens, bains de vin aromatique une fois par jour, frictions à l'alcool avant chaque têtée.

Si le défaut d'alimentation provient de la difficulté à prendre le bout de sein, soit qu'il soit trop petit, soit même parfois qu'il soit ombiliqué, on pourra avoir recours dans ces cas-là à un bout de sein artificiel, ou même à une téterelle aspiratrice, comme celle de Budin, d'Auvard, etc.

Avec l'alimentation au sein de la mère, il est rare qu'on ait à redouter la suralimentation, c'est surtout lorsqu'on donne à un enfant une nourrice mercenaire, ou qu'on fait de l'alimentation mixte, que cet accident est à craindre, cependant, il peut se présenter, lorsque l'enfant n'est pas réglé, lorsqu'on lui donne, comme disent les mères : « *chaque fois qu'il demande* ».

Dans ce cas l'enfant crie d'une façon presque continuelle, la bouche cherchant le bout du sein, comme s'il mourait de faim.

Si on l'examine alors de près, on voit que son ventre est dur, tendu, ballonné. Il y a, en général de l'érythème, au niveau des fesses qui peut gagner la face interne des cuisses et envahir les jambes et la partie inférieure de l'abdomen. C'est à n'en point douter, le signe d'une mauvaise alimentation, le plus nouvent excessive.

On examine les garde-robes et elles sont altérées dans leur quantité, leur coloration, leur qualité. Il y a donc une importance capitale à examiner avec soin les couches de l'enfant nouveau-né pour se rendre compte de ce qu'il fait.

Pendant les 2 ou 3 premiers jours, l'enfant rend son méconium, puis pendant les 2 jours suivants, les garde-robes conservent une coloration jaune-verdâtre, et ce n'est que vers la fin de la première semaine qu'elles se présentent avec les caractères qu'elles garderont tant que l'enfant sera au sein :

« *Les matières fécales du nourrisson sain, élevé avec du lait* « *de femme, sont remarquables par leur couleur et leur consis-* « *tance. Elles ont une couleur jaune-clair ou jaune d'or rappelant* « *celle des œufs brouillés. Leur consistance est celle d'une pâte* « *molle, semi-liquide, elles sont homogènes, bien liées ; cependant* « *même à l'état normal, elles présentent parfois de petits gru-* « *meaux d'un blanc jaunâtre, constitués, non par de la caséine* « *mais par des amas de graisse ; elles sont dépourvues d'odeur* « *fécaloïde ; elles ont une odeur fade, ou de lait aigre qui n'est* « *pas trop désagréable. Leur réaction est faiblement acide.* » Marfan. — Traité de l'allaitement, p. 125.

Quant à la quantité de matière émise par 24 heures, chez un nouveau-né sain, Ch. Michel l'apprécie à 15 grammes de selles humides par 24 heures, pour un enfant de moins d'un mois, prenant environ 500 gr. de lait par jour.

Lorsque l'enfant prend trop, ses garde-robes deviennent plus liquides, mal digérées ; on y rencontre en plus grande abondance ces grumeaux blanchâtres constitués par des amas de graisse. Enfin l'enfant va à la garde-robe 5 à 6 fois dans les 24 heures, au lieu de 2 fois, qui est la moyenne.

Si la diarrhée s'installe, on voit alors les fèces prendre cette teinte verdâtre, que l'on rencontre chez des enfants mal nourris, atteints de diarrhée verte, de gastro-entérite, accidents sur lesquels nous n'avons pas à insister ici.

Nous avons examiné jusqu'ici le cas qu'on nous permettra de qualifier d'idéal, celui que nous devons tâcher d'obtenir, par tous les moyens possibles : l'*allaitement de l'enfant par sa mère.*

Malheureusement, nous ne pouvons pas toujours arriver à l'obtenir, soit qu'il y ait des contre-indications formelles du côté de la mère : mauvais état de santé générale, tuberculose, etc., lésions du côté des seins ; soit qu'il y ait des raisons d'ordre moral et social absolument légitimes qui empêchent la femme de nourrir son enfant.

On est alors obligé de recourir soit à l'allaitement artificiel, dont nous parle mon honorable collègue, M. Dhomont, soit à une nourrice mercenaire. Voyons donc, sans y insister lon-

guement, quelles sont les conditions requises pour une bonne nourrice.

Nous choisirons de préférence une femme jeune, de 20 à 30 ans ; ne présentant aucune tare personnelle ou héréditaire, ayant des seins bien développés, avec des bouts faciles à prendre. Autant que possible, on prendra une femme ayant déjà nourri une ou plusieurs fois : ce sera une grande sécurité au point de vue de la durée de la nourriture, de la persistance du lait.

Nous aurons grand soin d'examiner son enfant en détail : ce sera le meilleur critérium de la valeur du lait.

Quant à l'âge du lait, le meilleur est évidemment de se rapprocher le plus possible de l'âge de l'enfant qui doit prendre le sein, mais, comme d'autre part, la nourrice doit être remise des fatigues de l'accouchement, un lait de 2 à 4 mois est celui auquel on doit donner la préférence. Mais là, nous nous heurtons à une difficulté. Vous connaissez tous la loi Roussel d'après laquelle un enfant ne doit pas être mis en nourrice au biberon avant 7 mois. Cette loi, excellente en soi a un inconvénient, lorsqu'on prend une nourrice sur lieu.

Ce n'est pas l'âge du lait : l'enfant nouveau-né peut parfaitement s'accommoder d'un lait de 7 mois. La seule précaution à prendre, c'est de ne pas le suralimenter. A peine pendant les premiers temps voit-on, dans les garde-robes du nourrisson, une quantité plus considérable de ces grumeaux que nous avons signalés d'autre part. Mais où réside l'inconvénient de prendre une nourrice ayant un lait de 7 mois, c'est dans la durée de la nourriture. Un enfant doit prendre le sein, à l'exclusion de tout autre aliment, pendant au moins 8 ou 9 mois. Combien aurons-nous de nourrices ayant une quantité de lait suffisante pendant aussi longtemps, pendant 15 ou 18 mois ?

Le docteur Planchon a fait des recherches à ce sujet qu'il a communiquées à la Société obstétricale de France à la session de 1902. Sur une centaine de femmes ayant suivi la consultation des nourrissons à la clinique Tarnier, *deux* seulement avaient au bout de 14 mois une quantité de lait suffisante pour nourrir exclusivement un enfant. C'est là un problème que nous livrons à vos méditations, et qui, comme vous le voyez, milite encore en faveur de l'allaitement maternel.

Quant à l'hygiène spéciale des nourrices, à leur nourriture, etc., ce sont des questions bien connues sur lesquelles il nous semble superflu d'insister ici. Il ne rentre pas davantage dans

notre cadre de parler des modifications que peuvent faire subir à l'allaitement, la menstruation et la grossesse, ces questions seront traitées autre part.

Nous nous sommes occupés jusqu'ici des règles générales de l'allaitement au sein dans le cas où l'enfant naissait à terme, dans de bonnes conditions, pesant de 3.000 à 3.500 (3,250 en moyenne).

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il est telle circonstance où spontanément, à la suite d'un traumatisme, d'une affection pathologique quelconque, les enfants naissent avant terme. Dans d'autres circonstances, c'est volontairement que nous provoquons l'accouchement avant terme, dans les cas de rétrécissement du bassin par exemple, et cela dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, pour leur éviter les aléas d'une opération plus grave au terme de la grossesse. Ces enfants, qui naissent, avant les 9 mois révolus, sont-ils au point de vue de l'alimentation dans les mêmes conditions qu'un enfant à terme ? Vous savez que cette question de l'élevage des prématurés, des *débiles* comme on les appelle maintenant a beaucoup préoccupé les accoucheurs dans ces dernières années, et mon maître le professeur Budin, y a consacré une partie de son beau livre « Le nourrisson » paru il y a deux ans environ.

Tout d'abord qu'est-ce qu'un débile ?

C'est un enfant né avant terme, en état de faiblesse congénitale et dont le poids oscille entre 1.000 gr. et 2.500 gr., c'est-à-dire entre 6 *mois* 1/4 et 8 *mois* de vie intra-utérine. Il est malheureusement inutile de nous occuper ici d'enfants pesant moins de 1.000 gr., car les sauver est tout à fait exceptionnel.

Voici d'après le professeur Budin, (auquel nous faisons de nombreux emprunts pour cette étude) les caractères que présente l'enfant atteint de faiblesse congénitale.

« Le corps est petit et grêle, la peau est molle mais d'un « rouge vif ; le derme est transparent, il laisse voir les vais- « seaux remplis de sang, et on distingue nettement à travers « les tissus le réseau circulatoire.

« Ces enfants respirent, ils crient même, mais leur respira- « tion n'est qu'incomplète ; elle n'est point réellement pulmo- « naire, mais seulement bronchique ; ainsi que le démontre « l'autopsie, l'air pénètre dans les grosses bronches, dans les « bronches moyennes et même dans les petites bronches, mais « il n'arrive pas jusque dans les alvéoles pulmonaires.

« On remarque de plus, chez ces débiles, l'inertie des mus-

« cles qui est frappante. Au lieu de remuer avec vivacité, ils sem-
« blent plutôt se traîner, leurs mouvements sont lents ; ils
« crient, mais sans force et le timbre de leur voix est souvent
« plus ou moins voilé. Certains enfants ont des mouvements de
« succion faibles et insuffisants ; ils ne têtent pas, quelquefois
« même ils semblent n'avoir pas la force d'avaler les quelques
« gouttes de lait qu'on fait couler dans leur bouche avec une
« cuiller ; on est alors obligé de recourir à des moyens divers
« pour faire pénétrer le liquide alimentaire dans leur esto-
« mac. » (Budin, *Le Nourrisson*, p. 3.)

On comprend les difficultés que l'on a pour élever de pareils enfants et les soins dont on doit les entourer, car indépendamment de leur état de faiblesse congénitale, ces enfants sont atteints souvent de tares pathologiques héréditaires (syphilis, albuminurie, etc.) qui viennent encore compliquer la situation.

Aussi doit-on les placer en couveuse, pour éviter le refroidissement, surveiller avec grand soin leur circulation, toutes questions que nous ne voulons pas approfondir ici. Puis il faut les alimenter.

Il est bien entendu que le lait seul est l'aliment qui leur convient. Si l'enfant tette, c'est tout ce qu'il y a de plus heureux ; on le mettra régulièrement au sein, soit de sa mère (si elle remplit les conditions nécessaires), soit d'une très bonne nourrice, et non plus toutes les 2 h. 1/2, mais toutes les heures 1/2 ou deux heures, de façon à lui faire prendre des petits repas rapprochés. Si malheureusement l'enfant n'est pas assez fort pour faire monter le lait, on lui fera boire du lait de femme qu'on aura trait, soit au verre, soit à l'aide d'une gaveuse lorsqu'il sera trop faible pour avaler directement.

Quant aux quantités de lait qu'on doit faire prendre aux enfants elles varient essentiellement suivant leur poids, car là encore plus peut-être que chez l'enfant né à terme, on doit redouter la suralimentation.

M. Budin, après avoir longtemps cherché, a vu qu'il y avait lieu de distinguer pendant les 10 premiers jours de la vie, et lorsque l'enfant a plus de 10 jours.

Budin divise les enfants en 3 catégories :

	I. Enfants pesant moins de 1.800	II. Enfants pesant de 1.800 à 2.200	III. Enfants pesant de 2.200 à 2.500
	—	—	—
2e jour.	115 grammes.	128 grammes.	180 grammes.
3e —	160 —	175 —	236 —

4ᵉ jour.	210	grammes.	226	grammes.	295	grammes.
5ᵉ —	225	—	308	—	335	—
6ᵉ —	250	—	324	—	370	—
7ᵉ —	280	—	335	—	375	—
8ᵉ —	285	—	350	—	385	—
9ᵉ —	310	—	380	—	415	—
10ᵉ —	320	—	410	—	425	—

(Budin, *Le Nourrisson*, p. 38).

Quand l'enfant a plus de dix jours, Budin donne le moyen suivant pour savoir la quantité de lait qu'on doit lui donner en 24 heures : on supprime le dernier chiffre et on double le nombre ainsi trouvé : Par exemple, un enfant pèse 1.900 gr. on aura :

$$190 \times 2 = 380 \text{ gr.}$$

Un enfant de 1.900 gr. doit, dans les 24 heures prendre 380 gr. de lait : en réalité un peu plus, 30 ou 40 gr. de plus.

Quand l'enfant a atteint 2.500, on le retire de sa couveuse, et il rentre dans la moyenne des enfants nés dans des conditions normales.

Le lait doit être du lait de femme, et dès que l'enfant sera susceptible de téter, on le mettra au sein en ayant soin de le peser avant et après la tétée, mais là encore nous aurons des précautions à prendre.

L'enfant débile avons-nous vu, prend de faibles quantités de lait : si on le met au sein de la nourrice, il ne le videra pas en entier et bien vite cette femme perdra son lait. De plus, il pourra arriver qu'un lait de 3 ou 4 mois soit trop lourd, trop riche en beurre, en matériaux solides, pour être digéré par le débile : il aura alors de l'intolérance gastrique, il vomira, il aura de la diarrhée.

Comment remédier à cet état de choses ? D'une façon bien simple, en conservant avec la nourrice son propre enfant, ou si c'est la mère qui nourrit (dans ce cas les accidents sont rares) en la faisant téter par un gros enfant ; la nourrice tétée par son propre enfant verra la sécrétion lactée entretenue dans ses seins.

Nous savons, en outre, que la composition chimique du lait varie suivant le moment de la traite et cela a une importance capitale dans le cas qui nous occupe.

Notre ami, le Dʳ Ch. Michel, a fait à ce sujet une série de recherches intéressantes sur la composition différente du lait, suivant l'âge de ce lait, suivant le moment de la tétée où on

l'examine, suivant la quantité plus ou moins grande de lait fourni par la même femme. Voici les résultats moyens auxquels il est arrivé :

Composition moyenne du lait de Femme.

	D'après 125 échantillons de tous les âges recueillis au début, au milieu et à la fin des tétées	Laits jeunes 2e et 3e semaines
	par litre	par litre
Densité	1032	1032
Extrait sec à 98°	128,27	124,11
Sels minéraux	1.93	2,71
Matières organiques	126.34	121.40
Beurre	37,78	30,20
Lactose	70,99	64,09
Mat. protéiques et extractives	17,55	27,11
Eau	903,70	907,89

Quant aux variations suivant l'époque de la traite, elles sont très frappantes : le beurre va en augmentant à mesure que l'enfant tette :

Portions	Volume	Beurre par litre
Première	14 cent. cubes.	9 grammes 60
Deuxième	12 — —	16 — 40
Troisième	12 — —	21 — 40

Il y aura donc, suivant que le débile digèrera plus ou moins bien, intérêt à le mettre au sein, soit au début, soit à la fin de la tétée. — Si la nourrice à un lait très riche, très crémeux, il faudra faire prendre à l'enfant débile le premier lait.

Quelquefois même, ainsi que nous le disions plus haut, il y aura des laits qui contiendront trop de beurre, c'est ainsi que nous avons observé un enfant débile qui n'a pu supporter le lait d'une nourrice qui contenait *45 gr. de beurre* par litre, (au lieu de 37.78 qui est la moyenne).

Il aura donc grand intérêt, lorsqu'il s'agira d'un enfant débile, à faire analyser le lait de la nourrice, en ayant soin de le recueillir, au commencement, au milieu et à la fin de la tétée.

Dans les cas où, malgré ces précautions, l'enfant ne digère pas, on se trouvera bien de lui faire prendre avant la tétée, quelque peu de pepsine en paillette, qui permet l'assimilation du lait.

Dans certaines circonstances même, MM. Budin et Michel (*Obstétrique*, 1897, p. 97 à 115 et p. 211 à 229) ont cherché à compléter le lait de femme par des laits partiellement digérés à l'aide de macération de pancréas de veau. Chez des débiles, l'emploi de ces laits peptonisés a donné entre les mains du professeur Budin d'excellents résultats.

Comme confirmation des soins à donner aux débiles, il suffit du reste de jeter un coup d'œil sur les statistiques données par le professeur Budin pour se rendre compte de l'excellence des procédés.

Nous avons essayé dans les pages qui précèdent de résumer les règles de l'alimentation au sein chez l'enfant pendant les premiers mois de sa vie. Voyons donc maintenant quels sont les résultats auxquels on arrive :

Si nous examinons la courbe journalière d'un enfant qui va bien, nous la verrons s'accroître d'une façon régulière depuis le moment où il aura repris son poids de naissance jusqu'à la fin de sa première année.

Cet accroissement ne sera pas toujours le même et nous rapportons ci-dessous le tableau emprunté à Bouchaud, que l'on ne doit pas perdre de vue pendant toute la durée de l'allaitement.

AGE	1er mois	2e mois	3e mois	4e mois	5e mois	6e mois	7e mois	8e mois	9e mois	10e mois	11e mois	12e mois
Augmentation en grammes	25 gr. par j.	23 g. par j.	22 gr. par j.	20 gr. par j.	18 gr. par j.	17 gr. par j.	15 gr. par j.	13 gr. par j.	12 gr. par j.	10 gr. par j.	8 gr. par j.	7 gr. par j.

Tant que la mère aura du lait en quantité suffisante, elle devra nourrir exclusivement au sein.

Tous nos efforts, du reste, ainsi que nous le disions en commençant devront tendre à encourager, à faciliter l'allaitement maternel.

Pour les femmes riches, avec de la diplomatie, avec l'aide

des littérateurs même, nous arriverons à triompher de certains préjugés mondains qui font renoncer la femme, vraiment mère, à l'un de ses plus beaux privilèges.

Chez l'ouvrière, pour la femme qui travaille, nous devrons nous efforcer de multiplier les secours, d'obtenir des pouvoirs publics une réglementation du travail des mères de famille leur permettant de conserver leur enfant auprès d'elle.

En agissant ainsi, en favorisant de plus en plus l'allaitement maternel, nous atténuerons la mortalité des enfants du premier âge, et nous ferons une œuvre utile au point de vue social en diminuant d'autant la dépopulation de notre pays.

OBSERVATIONS CLINIQUES

UN CAS DE DÉCHIRURE DU VAGIN SUBCOITU

(*Bohnstedt, Centrabl. f. Gynäk.*, Juin 1901, n° 22).

Il s'agit d'une jeune mariée, qui, au cours de la première introduction du pénis, fut prise d'une hémorrhagie violente qui dura une heure et demie. L'auteur fit un tamponnement, et conseilla à la femme d'entrer à la clinique. Là, on constata dans le cul-de-sac postérieur, une déchirure transversale siégeant à 1 centimètre et demi de l'insertion du vagin au col, s'étendant en avant dans le cul-de-sac droit. La déchirure intéresse toute la muqueuse et pénètre dans le tissu cellulaire paravaginal. Sa longueur est de 5 à 6 centimètres ; sa largeur d'environ 2 centimètres. L'hémorrhagie étant modérée, dans la crainte d'une infection de la plaie, on s'abstient de suturer. On tamponne tout le vagin avec de la gaze iodoformée. Le vagin était assez large pour ne pas gêner les diverses manipulations à l'aide d'instruments et du spéculum ; la malade n'accusait qu'une douleur modérée à l'entrée de la vulve. Guérison, le sixième jour.

La femme a été revue trois semaines après sa sortie de la clinique. Pas de douleur, un peu de leucorrhée. Dans les culs-de-sac postérieur et droit, on sent une cicatrice régulière indolore. La femme a été réglée dans l'intervalle. Aucun rapprochement sexuel n'a été tenté.

Interrogatoire du mari : Il n'avait eu avant son mariage qu'un seul rapprochement avec une femme mariée, deux ans avant. Ni lui, ni sa femme n'avaient bu au repas de noce, et le coït avait été pratiqué de la façon habituelle. La première tentative de coït avait échoué ; la femme accusait une douleur à la vulve et l'introduction n'eut pas lieu. Quelque temps après, nouvelle tentative, avec plus de vigueur de la part du mari. La femme ressentit alors

une violente douleur, et l'hémorrhagie commença aussitôt. Les dimensions du pénis n'ont rien d'exagéré.

L'auteur a recherché dans la littérature médicale des cas de déchirure du vagin subcoïtu. Neugebauer en a relevé 157 cas, sur lesquels, 59 fois, la déchirure siégeait dans le cul-de-sac postérieur. Sur ces 59 cas, 30 fois on trouve des renseignements sur le moment de la déchirure. En y joignant les observations de Hopenhandler, Huschew et la sienne, l'auteur arrive à 33 cas.

Sur ces 33 cas de femmes âgées de dix-huit à cinquante ans, 23 fois il y avait eu, avant le coït accidenté, des rapprochements sexuels avec le même homme ou avec d'autres, et 18 femmes avaient déjà eu des enfants. Chez ces femmes, on rencontre le plus souvent des lésions isolées des culs-de-sac postérieurs ou latéraux, rarement des parties inférieures du vagin.

Sur 160 cas, on ne signale que deux fois une lésion de cul-de-sac antérieur. Le cul-de-sac droit est plus fréquemment lésé que le gauche.

Les déchirures des culs-de-sac produites dans un premier coït sont particulièrement rares.

Si l'on s'en rapporte à la statistique de Neugebauer, le cas publié par l'auteur serait le second.

Au point de vue étiologique, tous les auteurs relèvent une disproportion entre les organes génitaux de l'homme et de la femme. Puis, viennent comme facteurs : les altérations pathologiques des parois vaginales, les anomalies de situation de l'utérus, surtout la rétroversion et la rétroflexion, enfin une excitation génitale extraordinaire de la part de l'homme et une position anormale durant le coït. Warman a, le premier, insisté sur la part qui incombe, dans la production de la déchirure, à l'excitation génitale de la femme. L'excitation de l'homme seul serait insuffisante, lorsque la femme reste passive et tranquille ; autrement, on constaterait journellement des déchirures chez les prostituées.

D'ailleurs, on lit dans beaucoup d'observations que les femmes avaient observé une abstinence prolongée, qu'elles étaient ivres, ce qui suppose une excitation génitale particulière durant l'acte.

Dans l'observation précédente, l'auteur tend à incriminer l'excitation de la part de la femme. D'une part, il n'y a point d'autre facteur étiologique, d'autre part, la femme ne redoute pas un second rapprochement et se montre, au contraire, contrariée du retard qu'on impose à ce rapprochement.

L'excitation de la femme agit sans doute par la tension abdominale qu'elle entraîne, et l'abaissement des culs-de-sacs qui en résulte. Quelle que soit d'ailleurs l'interprétation, l'excitation de la femme est un facteur qui entre en ligne de compte, et on conçoit la valeur médico-légale de cette étiologie dans les cas d'accusation de viol ayant entraîné une déchirure d'un cul-de-sac vaginal.

THÉRAPEUTIQUE

Cas de guérison complète d'un lupus datant de près de 30 ans et guéri en 70 jours par l'emploi de la resorcine et l'acide vanadique.

(Autre application de l'acide vanadique à la gynécologie.)

Par MM. les Docteurs A. Le Blond, Médecin de St-Lazare,
et Bourgeois, Interne de St-Lazare.

En lisant les travaux publiés par le Dr Laran sur les composés du vanadium, nous avons été frappés par deux choses : 1° la propriété que possède l'acide vanadique d'oxyder la matière organique pour se régénérer aussitôt au contact de l'air, de céder de nouveau son oxygène à la matière organique et de poursuive indéfiniment son action oxydante tant qu'il se trouve en présence de la matière organique (1).

2° Par les résultats que le Dr Laran a obtenus dans différents cas de tuberculose. — Transformation fibreuse des lésions pulmonaires chez le cobaye, guérison rapide du chancre tuberculeux chez les cobayes soumis au traitement de l'acide vanadique, et enfin guérison d'une ostéo-arthrite du poignet (2) par simple application en pansements humides de solution d'acide vanadique (3).

Cela nous a donné l'idée de faire une série d'essais avec l'acide vanadique, notamment dans les cas d'endométrite, de vaginite, plaies syphilitiques, etc., et dans un cas de lupus.

Bien que le plus souvent nous ayons obtenu de bons résultats, nous ne parlerons aujourd'hui que du résultat obtenu dans le lupus, nous réservant de faire connaître les autres un peu plus tard.

Il s'agit d'une femme : G..., Irma, 31 ans entrée dans notre service de St-Lazare pour syphilide secondaire de la face interne de la cuisse et plaques muqueuses commissurales.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 39 ans de la poitrine ; mère morte à 45 ans ; frère mort à 32 ans à la suite d'un refroidissement : 1 frère et 3 sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — A présenté à plusieurs reprises dans son enfance des adénités cervicales. Semble avoir eu vers 18 ans une légère poussée pulmonaire. A 18 ans, fièvre typhoïde. A 27 ans, syphilis. Présente actuellement des lésions de syphilis secondaire. Rien à l'auscultation.

(1) Recherches sur l'acide vanadique (Bulletin de la Société de Biologie, Séance du 19 février 1898) Laran.

(2) Observation du Dr Adler.

(3) Bulletin de l'Académie de médecine (16 mai 1899).

Le lupus dont cette malade est atteinte aurait débuté à l'âge de 18 mois sous la forme d'un petit bouton isolé sur la joue droite, puis il évolua très lentement, atteignit au bout de 10 ans les dimensions d'une pièce de 1 fr. et présenta vers l'âge de 20 ans presque les proportions actuelles qui sont de 5 centimètres sur 5 cent. Il n'y eut pas de dissémination, les lésions restèrent toujours groupées en un placard unique.

Actuellement, on constate sur la partie moyenne de la joue droite un placard irrégulièrement arrondi, ayant environ cinq centimètres de diamètre, affleurant en haut la limite d'implantation des cheveux, et empiétant légèrement en arrière sur l'oreille, dont le lobule est complètement envahi. De plus on trouve un petit tubercule isolé sur la partie supérieure du pavillon de l'oreille.

Le fond rougeâtre est semé de petits tubercules plus ou moins espacés, d'une couleur tirant sur le jaune, dont les plus gros ont le volume d'un pois et font une légère saillie au-dessus des tissus sains.

Cette malade avait subi, il y a 4 ans, à l'Hôpital Broca, trois ou quatre séances de scarifications ; la première fut suivie d'une application de permanganate de potasse. Elle fut soignée à l'hôpital pendant un mois environ et en sortit incomplètement guérie. La récidive se fit presque aussitôt au niveau des plaques scarifiées.

Nous commençâmes le traitement le 15 février 1902. Tous les tubercules furent scarifiés profondément. Quelques-uns, de consistance plus molle, furent curettés avec le tranchant du bistouri. Le lobule de l'oreille fut trouvé constitué par un tissu extrêmement friable qui fut extirpé par le même procédé.

Cette opération fut suivie d'une hémorragie assez abondante. Lorsque le sang fut à peu près arrêté, nous appliquâmes sur toute l'étendue de la région malade une couche de résorcine en poudre, qui ne tarda pas à faire avec le sang une pâte adhérente. On pansa avec une feuille de coton hydrophile saupoudrée de résorcine.

Le pansement resta en état pendant 48 heures.

17 *février*. — Nouveau pansement à la poudre de résorcine qu'on laisse encore à demeure pendant 48 heures.

19 *février*. — Le placard lupique a fait place à une large ulcération de même dimension que lui, et dont les bords sont limités par du tissu sain. Lorqu'on eut enlevé le magma formé par les tissus détruits et que l'on eut soigneusement détergé le fond de l'ulcération, on appliqua des compresses imbibées d'une solution de résorcine au 1/30.

21 *février*. — Le fond de l'ulcération est d'un beau rouge, saigne facilement, a un bon aspect de granulation.

23 *février*. — Il s'est formé au centre du tissu de granulation un petit îlot blanchâtre constitué par de l'épithélium régénéré.

6 *mars*.— On a continué pendant 15 jours les compresses imbibées

de résorcine au 1/30. L'îlot central, qui semblait s'accroître au début par sa périphérie, est resté absolument stationnaire et n'a pas dépassé la grosseur d'une petite lentille. De même le pourtour de l'ulcération présente une zone de cicatrisation qui s'est formée dans les premiers jours, mais ne s'est pas accrue depuis.

De plus, comme il semble y avoir des phénomènes d'irritation des parties déclives de la peau saine par suite du contact prolongé de la solution, on dédouble celle-ci, et on applique des compresses imbibées de résorcine au 1/60.

20 Mars. — On a continué les pansements humides avec la solution au 1/60. L'état est stationnaire, la cicatrisation n'a fait aucun progrès. Le fond de l'ulcération est recouvert d'un magma grisâtre fortement adhérent que l'on détache avec des bourdonnets de coton. Ce nettoyage de la plaie est suivi d'un léger suintement sanguin. On remet la solution au 1/30.

29 Mars. — La cicatrisation n'avance pas. L'irritation reparait. Nous nous décidons alors à essayer de l'acide vanadique. On fait un pansement humide avec de *l'oxydasine* qui est une solution forte d'acide vanadique titrée à 0 gr. 50 centigr. d'acide vanadique pour 1000 grammes d'eau ou 1/2.000.

2 Avril.— Ces applications d'acide vanadique à 1/2.000 ont produit une légère irritation accompagnée de douleur. La plaie est d'un rouge vif et le fait de changer les compresses la fait saigner.

Par suite de cette irritation locale, on applique des pansements humides boriqués.

8 Avril. — L'irritation a disparu, on remplace les pansements boriqués par des compresses imbibées de la solution du Dr Laran à base d'acide vanadique pour usage interne. Cette solution renferme seulement 0 gr. 015 milligr. d'acide vanadique pour 1000.

10 Avril. — Il semble que la cicatrisation reprenne. Le liseré périphérique semble un peu plus large. L'îlot épithélial central, qui a résisté depuis le début, semble s'étendre légèrement.

15 Avril. — La régénération épithéliale se fait rapidement excentriquement pour l'ilot, concentriquement pour le liseré périphérique. Il semble même que les points les plus rapprochés du liseré et de l'îlot aient une tendance à se réunir plus vite, à jeter comme un pont d'épithélium entre eux.

23 Avril. — La cicatrisation a suivi une marche régulière et progressive. La large ulcération de 5 cm.5 qui était restée stationnaire jusqu'au 8 avril est maintenant complètement réparée, excepté un petit point central de la grosseur d'une petite lentille.

27 Avril. — La cicatrisation est achevée. On a maintenant une cicatrice plane, lisse et souple, se continuant sans bourrelet appréciable avec la peau saine dont elle diffère seulement par sa couleur spéciale.

La malade quitte l'Hôpital.

On nous permettra de revenir sur certains points de cette observation.

Nous avions affaire à un lupus de 30 ans, ayant subi il y a 4 ans une tentative de traitement par les scarifications et l'application de permanganate de potasse. Nous ignorons les résultats immédiats de ce traitement, interrompu d'ailleurs prématurément ; toujours est-il qu'il fut suivi d'une récidive rapide.

Notre technique a été complexe, puisque nous avons eu recours en une même séance aux scarifications et au grattage, pour terminer par la cautérisation chimique.

Loin de s'exclure, ces deux procédés se complètent heureusement l'un par l'autre, et l'agent chimique pénètrera d'autant mieux les tissus malades si l'accès lui en a été facilité par une dilacération préalable.

Le caustique employé par nous a été la résorcine. Sa puissance antiseptique, sa faible toxicité, son maniement facile, étaient autant d'arguments qui eussent plaidé en sa faveur, quand bien même nous n'y aurions pas été poussés par la grande expérience qu'en avait l'un de nous (1).

Nous l'avons, entre autres usages, systématiquement employé dans le traitement du chancre mou sans avoir jamais enregistré aucun déboire.

Dans le cas de chancre mou, nous procédons de la façon suivante.

L'ulcération chancrelleuse est saupoudrée avec de la poudre de résorcine pendant 3 ou 4 jours environ, jusqu'à ce que, de grisâtre et de sanieux qu'il était, le fond de la plaie devienne rosé et bourgeonnant. A partir de ce moment, on panse avec la solution de résorcine au 1/30, jusqu'à complète cicatrisation, c'est-à-dire pendant 15 jours environ pour les cas moyens.

Cette opération permet de constater.

1° Que l'application de poudre de résorcine est peu douloureuse ;

2° Que la destruction de l'élément figuré (Bacille de Ducrey) est rapide et complète ;

3° Que le caustique respecte les tissus sains.

Nous étions donc en droit d'espérer, dans le traitement de notre affection tuberculeuse, des résultats analogues à ceux obtenus constamment par nous dans les lésions locales dues au bacille de Ducrey.

Le début de notre observation semble confirmer pleinement notre hypothèse. La résorcine ne tarda pas à détruire complètement les tissus malades, et à remplacer le placard lupique par une ulcération de même étendue dont le fond détergé avec soin se

(1) Voir Leblond. Antisepsie par la Résorcine, in *Journal de Médecine de Paris*.

révéla rouge, bourgeonnant, du meilleur aspect. Nous instituâmes donc avec confiance la suite ordinaire du traitement, comptant voir cette légère ulcération se cicatriser normalement sous l'in-) fluence de pansements avec une solution faible de résorcine (1/30.

Mais contrairement à tout ce que nous avions constaté jusqu'alors, nous vîmes la cicatrisation, qui semblait être partie dans les deux premiers jours, s'arrêter au quatrième, puis rester définitivement stationnaire. Craignant que la solution au 1/30 ne fût trop caustique, nous dédoublâmes, et nous servîmes d'une solution au 1/60 sans que la plaie révélât la moindre tendance à la cicatrisation. Cet état de choses dura 40 jours, et nous commencions à regretter d'avoir transformé un placard lupique avec lequel la malade vivait en paix depuis 30 ans, en une ulcération qui ne semblait pas devoir se cicatriser et qui astreignait la patiente à la sujétion d'un pansement permanent. C'est alors que nous rappelant la propriété oxydante de l'acide vanadique et les résultats publiés par le Dr Laran dans les divers cas de tuberculose, nous eûmes l'idée de substituer à la résorcine, comme topique, l'acide vanadique bien que peu usité encore. Au reste, nous avions été encouragés dans cette voie par certains résultats déjà obtenus, car depuis un certain temps nous l'avions systématiquement employé dans un certain nombre de lésions d'origine soit blennorrhagique soit syphilitique et les résultats obtenus nous avaient permis de conclure que, sans qu'il soit possible d'en préciser encore le mécanisme, ce topique avait sur la cicatrisation de certaines plaies une action indiscutable.

La solution à laquelle nous eûmes recours tout d'abord a été l'*oxydasine*, solution forte pour l'usage externe, renfermant 0,50 centigr. d'acide vanadique pur par litre. Le résultat en fut peu encourageant puisque au bout de 3 jours nous dûmes cesser l'usage de cette solution qui se montra trop caustique.

Enfin après huit jours de pansements boriqués, nous employâmes la solution du Dr Laran pour l'usage interne, solution à 0,015 milligr. par litre et la cicatrisation fut parfaite en 20 jours.

Donc, là où un antiseptique faible (résorcine à 1/30 puis à 1/60, puis un pansement simple avaient échoué, une solution extrêmement diluée d'acide vanadique (0, 015 millig. par litre) agit avec une rapidité surprenante, et sans insister pour le moment sur le mode d'action de ce topique, sur lequel nous nous réservons de revenir, nous pouvons affirmer tout au moins qu'il constitue *un agent cicatrisant de premier ordre.*

De tout ce qui précède, nous sommes amenés à tirer les conclusions suivantes : Nous avons guéri un lupus tuberculeux datant de 30 ans, et ayant déjà été traité sans succès, par d'autres procédés. La durée de traitement a été de 70 jours ; c'est à peu près la durée moyenne du traitement pour un lupus de cette dimension et de cette nature, par les procédés actuellement en honneur (scarifica-

tion, ignipuncture). Or, on admettra bien que nous avons perdu plus d'un mois jusqu'au moment où nous avons eu recours à la solution faible d'acide vanadique. On peut donc se demander si nous n'eussions pas obtenu ce résultat en moins d'un mois, n'eussent été les tâtonnements provoqués par l'emploi d'une technique inédite.

Nous n'avons encore appliqué notre procédé qu'à cet unique cas, il serait donc prématuré d'en formuler d'une façon définitive les indications et la technique. Cependant nous croyons qu'il serait très intéressant d'en généraliser au moins l'étude, et nous formulerons dès maintenant, comme principes généraux :

1° Scarifier toutes les parties malades en curettant même les parties ramollies et friables.

2° Appliquer la poudre de résorcine jusqu'à ce que le placard lupique soit remplacé par une ulcération de même dimension (3 ou 4 jours).

3° Appliquer des compresses imbibées de résorcine au 1/30, jusqu'à ce que le fond se puisse déterger complètement et apparaître rouge et granuleux (2 ou 3 jours)

4° Appliquer des compresses imbibées d'acide vanadique à 00/15 milligr. par litre, jusqu'à cicatrisation complète.

INSTRUMENTS NOUVEAUX

Ampoules auto-injectables,

par M. J. Triollet.

La méthode des injections sous-cutanées offre des avantages incomparables, puisqu'elle permet d'obtenir, avec de très faibles doses de médicaments, une action aussi rapide qu'elle est active. Cette rapidité et cette intensité d'action expliquent facilement la vogue de l'hypodermie.

Mais, pour conserver tous les bénéfices de la méthode, il ne faut pas perdre de vue que la pratique des injections sous-cutanées doit être guidée par une asepsie rigoureuse, afin d'éviter les accidents locaux inflammatoires, suites fréquentes d'injections où les précautions aseptiques n'ont pas été suffisantes.

Or, malgré le progrès réalisé par l'emploi des ampoules de verre, on peut dire que l'injection hypodermique reste une opération incommode, toujours douteuse au point de vue aseptique.

L'incommodité résulte de la nécessité de briser l'ampoule et de transvaser son contenu dans une seringue. L'insécurité aseptique provient de l'impossibilité de stériliser cette seringue.

Il existe, il est vrai, des procédés qui permettent l'injection di-

recte du liquide contenu dans l'ampoule. Mais cette injection ne peut se faire qu'à l'aide d'appareils spéciaux et souvent dispendieux qui, d'ailleurs, ne sont pas plus stérilisables que la seringue.

Grâce aux ampoules auto-injectables que j'ai l'honneur de présenter, les inconvénients de la pratique de l'hypodermie disparaissent totalement. L'injection se fait avec la plus grande facilité et avec l'asepsie la plus rigoureuse, puisque la solution médicamenteuse est directement injectée au moyen de l'ampoule flexible dans laquelle elle a été stérilisée à l'autoclave, sans avoir, à aucun moment, été en contact avec l'air extérieur.

Toute la manipulation consiste à percer avec une épingle flambée, la partie antérieure du tube et, cela fait, à y fixer solidement l'aiguille stérilisée. La moindre pression, d'arrière en avant, fait alors jaillir le liquide par l'aiguille.

Donc, suppression de la seringue, manœuvre des plus simples et des plus faciles et, partant, sécurité aseptique absolue.

En résumé l'ampoule auto-injectable que je présente consiste en un tube d'étain pur. La partie antérieure (fig. 1), fermée par sertissage, se termine en forme d'embout conique destiné à recevoir une aiguille quelconque de seringue hypodermique.

Pour pratiquer l'injection, on saisit l'ampoule entre le pouce et l'index de la main gauche, vers l'épaulement. On la flambe légèrement, et avec une épingle flambée tenue dans la main droite, on

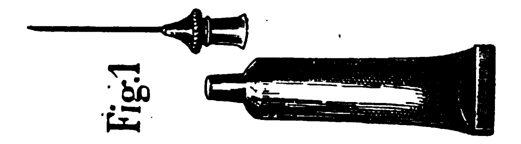


Fig. 1

perce l'extrémité de l'ampoule (fig. 2). On facilite le percement en imprimant à la main un léger mouvement de balancement. Le plus léger orifice suffit.

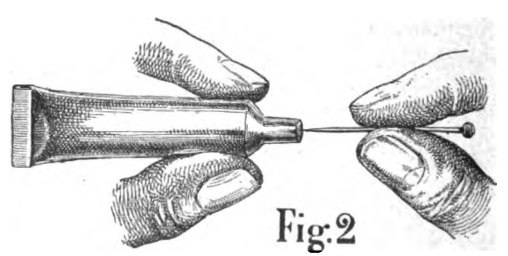


Fig. 2

Cela fait, on ajuste solidement l'aiguille flambée. Pour pratiquer l'injection il suffit alors d'écraser légèrement le tube entre le pouce et l'index, en ayant soin d'exercer la pression *d'arrière en avant* (fig. 3).

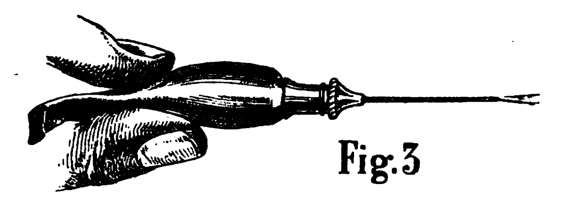


Fig. 3

Les ampoules sont dosées à 1 c. c. 1/5. Le 1/5 excédent compense exactement la partie de la solution qui reste toujours dans l'extrémité antérieure du tube et dans l'aiguille après l'injection. On est donc toujours certain d'avoir injecté exactement un centimètre cube de solution médicamenteuse.

Ces ampoules auto-injectables peuvent contenir toutes les solutions usitées en hypodermie, excepté celles qui ont pour base un sel de mercure.

PÉDIATRIE

Histoire d'une épidémie familiale de diphtérie

Par M. EUDLITZ.

Le 15 octobre 1901, dans la soirée, je vois Mme X... qui se plaint d'une courbature générale accompagnée d'un peu de fièvre ; je songe à un début de grippe. Je me borne à lui donner quelques conseils d'hygiène générale. Je la revois le lendemain ; elle appelle mon attention sur sa gorge où, dit-elle, elle a aperçu quelque chose de blanc. Je l'éxamine et je constate sur l'amygdale gauche, qui est rouge, la présence de petits points blancs gros comme des têtes d'épingles ; sur l'amygdale droite, également rouge, un petit point blanc de volume semblable. Aucune trace d'engorgement ganglionnaire. Fièvre légère. Je diagnostique angine grippale et je formule une potion au chlorate de potasse.

Le 17, la malade présente un nouveau petit point blanc sur l'amygdale droite. Les phénomènes généraux sont les mêmes ; aucune trace d'engorgement ganglionnaire. Par précaution je fais un ensemencement qui est envoyé au laboratoire municipal. Le lendemain 18 octobre, à ma grande stupéfaction, le laboratoire me répond : bacilles de Lœffler avec microcoques. Je fais immédiatement une injection de 10 cc. de sérum antidiphtérique accompagnée de grands lavages du pharynx avec de l'eau de chaux. Deux jours après il n'y a plus trace d'exsudat sur les amygdales qui ont repris leur état normal. Mme X..., garde la chambre pendant 15 jours et reste complètement isolée de ses enfants. Au bout de ce laps de temps, elle est rendue à la liberté et les locaux sont désinfectés par les étuves municipales.

Cependant, le jour de sa première sortie, je pratique un nouvel

ensemencement où le laboratoire municipal constate la persistance du bacille de Lœffler. Je recommande à Mme X... de ne pas embrasser ses enfants. Il va sans dire que pendant toute cette période, j'avais examiné les enfants deux fois par jour et n'avais jamais rien constaté de suspect. Je n'ai pas fait d'injection de sérum préventive.

Le 20 novembre, l'aînée des enfants, une fillette âgée de 39 mois est prise de fièvre. Je lui examine immédiatement la gorge et je trouve les amygdales rouges, légèrement gonflées ; sur l'amygdale droite une fausse membrane de couleur plutôt jaunâtre. Je pratique aussitôt un ensemencement. Le laboratoire municipal répond le lendemain : bacille de Lœffler avec microcoques. Je fais une injection de 10 cc. de sérum et des lavages à l'eau de chaux sont institués. Au bout de deux jours, la fausse membrane a disparu. Rien de nouveau n'est apparu. Aucune trace d'engorgement ganglionnaire. La fièvre légère du début a disparu. Il subsiste seulement sur l'amygdale droite une tache légèrement blanchâtre qui persiste pendant quelques jours et finit par disparaître sous l'influence des lavages.

Le 5 decembre, l'enfant est prise subitement d'un accès de fièvre (39°5) accompagnée de douleurs dans les membres et d'une roséole généralisée *non prurigineuse*. Ces accidents, attribuables au sérum, disparaissent au bout de quarante-huit heures, l'enfant ayant été purgée immédiatement. Le 14 décembre, l'enfant, qui est complètement rétablie, reprend la vie commune après qu'un nouvel ensemencement eût été pratiqué et examiné par le laboratoire municipal qui ne constate plus la présence du bacille de Lœffler. Les locaux sont à nouveau désinfectés.

Le 28 décembre, le petit frère, âgé de 26 mois, est à son tour pris de fièvre. A l'examen de la gorge, les amygdales sont rouges, légèrement tuméfiées et recouvertes de fausses membranes. Pas d'engorgement ganglionnaire. J'injecte immédiatement 10 c.c. de sérum. Le lendemain l'ensemencement pratiqué est porté au laboratoire municipal. Le diagnostic bactériologique est le suivant : bacilles de Lœffler avec staphylocoques et microcoques. Très rapidement, il se produit une grande amélioration du côté des amygdales, mais la guérison complète se fait attendre et pendant au moins 15 jours, il persiste sur une amygdale des taches blanchâtres qui finissent par céder au traitement local.

Trois semaines après son début, la maladie est guérie et l'ensemencement pratiqué dénote la disparition complète du bacille de Lœffler. L'urine, examinée fréquemment dans ces trois cas, pendant toute la durée de la maladie, n'a jamais présenté d'albumine.

La relation de ce fait m'a paru intéressante en raison de la succession des cas de contagion dans le même milieu et surtout en raison de la durée du temps (un mois) qui s'est toujours écoulé entre les différents cas.

FORMULAIRE

L'oxyde de cuivre comme vermifuge

(SCHMIDT.)

Oxyde de cuivre noir...	6 gram.
Craie préparée.........	2 gram.
Talc de Venise.........	12 gram.
Glycérine..............	10 gram.

Pour faire pilules n° CXX.

A prendre, pendant la première semaine, 2 pilules, 4 fois par jour et, pendant la semaine suivante, 3 pilules, 4 fois par jour.

Le phosphore contre le rachitisme.

Bien que le traitement du rachitisme soit avant tout basé sur le régime et sur l'hygiène, on est amené parfois à prescrire certains médicaments. Le phosphore, est peu employé aujourd'hui, les solutions acides seules ont quelques chances d'être absorbées. On peut prescrire la préparation suivante :

Gomme adragante.........	10 gr.
Solution de lactophosphate de chaux du Codex à 50 °/..	150 gr.
Sirop de phosphate de chaux du Codex à 50 °/........	350 gr.
Huile de foie de morue.....	500 gr.
Zeste de citron............	20 gr.

Quatre cuillerées à café chez les nourrissons avant la tétée et au moment des repas.

Les glycérophosphates de chaux peuvent aussi rendre des services mais doivent être administrés à très faibles doses, 10 centigrammes par jour par exemple.

Enfin, on peut administrer les sels d'ammoniaque qui ont été préconisés par Bézy (de Toulouse). Le chlorhydrate d'ammoniaque, associé au bicarbonate de soude, peut être donné sous la forme suivante :

Bicarbonate de soude...	50 cent.
Chlorhydrate d'ammoniaque...................	25 cent.

Un paquet pour les enfants au-dessous d'un an. Deux paquets par jour pour les enfants plus âgés. Cette préparation s'incorpore facilement au lait ou à la bouillie.

Potion contre la coqueluche.

(MUSATTI.)

Rec. Acide phénique....	5 centigr.
Extrait aqueux d'opium.	3 —
Eau de mélisse..........	100 gram.
Sirop d'ipéca...........	30 —

M. S. A. — A prendre par cuillerées à thé toutes les deux heures.

D'après Musatti, sous l'influence de cette médication, la durée du stade convulsif se réduirait à huit ou dix jours au plus.

Traitement du prurit génital.

(W. SHOEMAKER.)

W. Shoemaker propose contre les démangeaisons survenant chez les femmes aux environs de la ménopause.

Faire prendre à l'intérieur des pilules composées comme suit :

Oxyde de zinc............	0 gr. 3
Quinine..................	2 gr. 5
Extrait d'aloès...........	0 gr.
Suc de réglisse	Q. S.

p. f. pilules n° 20, chaque pilule contient donc 0 gr. 015 d'oxyde de zinc.

S. — A prendre, par une pilule, 3 fois par jour.

En même temps, les parties prurigineuses seront lavées à l'eau phéniquée faible, additionnée de menthol ou d'alcool aromatique.

L'oléate de mercure et acide borique contre la teigne tondante.

(PAYNE.)

Chaque jour on frictionne le cuir chevelu avec une éponge imprégnée d'oléate de mercure (5 pour 100), sans enlever le dépôt qui s'est formé lors d'une friction antérieure. Au bout de quinze jours, on enlève les croûtes et on fait une application de la pommade dont voici la formule :

Rec. Acide borique.....	3 parties.
Vaseline.............	10 —
Paraffine..............	5 —

M.

S'il subsiste encore quelques cheveux brisés, on recommence les onctions à l'oléate de mercure.

Emplâtre contre l'impétigo.

Emplâtre de diachylon.....	520 gr.
Minium..................	50 gr.
Cinabre.................	30 gr.

Lotions sur l'eczéma des parties génitales.

(LUTAUD.)

Chlorate de potasse.	1 gr. 50
Vin d'opium........	3 grammes.
Eau simple........	250 —

Pour faire des lotions et des fomentations.

MÉDICATIONS NOUVELLES

Inhalations de cocaïne contre la coqueluche. (GRÆFFNER). — L'auteur a eu recours aux inhalations de vapeurs tenant en suspension du chlorhydrate de cocaïne. Ces inhalations étaient répétées deux fois par jour. La solution employée avait pour formule :

(Rec. Chlorhydrate de cocaïne, 0 gr. 06-1 gr. suivant l'âge et la violence des quintes).

Eau distillée........ 45 grammes.
Chlorate de potasse }
Essence d'amandes amères........... } ââ 0 gr. 5
M.

Les quintes perdaient rapidement de leur intensité et de leur fréquence.

D'autre part, Græffner assure qu'il a employé avec succès des badigeonnages de l'arrière-gorge avec une solution de cocaïne à 3 pour 100 chez des femmes atteintes de toux nerveuse, hystériques.

Le veratrum viride dans l'éclampsie puerpérale. (NORWOOD). — Il est constant, dit l'auteur, que le *Veratrum viride* est un agent efficace dans le traitement des maladies fébriles aiguës et des inflammations ; c'est, dit le docteur Norwood, un régulateur vasculaire, un calmant de l'éréthisme du système vaso-moteur et des centres de calorification. Ses premiers effets sont de rendre au pouls sa lenteur, sa force, sa plénitude, son calme physiologique. A hautes doses, le vératrum agira dans le même sens que l'éther, et cette action peut durer et se maintenir sans amener la perte de connaissances.

On a conseillé l'*extrait fluide*, en commençant par 5 gouttes répétées assez fréquemment.

Ajoutons que l'auteur emploie depuis plus de dix ans le *Veratrum viride* dans les convulsions infantiles, et cela avec un grand succès ; aussi, comme un prophylactique dans les fièvres éphémères des enfants nerveux qui sont sujets aux convulsions.

Dans sa pratique, l'emploi du *Vératrum viride* a depuis longtemps supplanté l'aconit.

Le sérum artificiel contre les névralgies. (BERNARD, de Paris). — L'auteur a consacré sa thèse à l'étude du traitement des névralgies sciatiques, lombaires, scapulaires, faciales, etc., par les injections sous-cutanées de sérum artificiel.

La solution la plus avantageusement employée répond à la formule :

Chlorure de sodium.. 5 grammes.
Sulfate de soude..... 10 —
Eau distillée......... 1000 —

La seringue étant chargée de la solution maintenue à la température de la chambre, on injecte sous la peau ou dans les masses musculaires 5 centimètres cubes au niveau de chacun des points douloureux, en pratiquant six injections au maximun par séance quotidienne. La névralgie cède généralement après trois ou quatre séances, l'absence de réaction locale et de douleur fait de ces injections une méthode de choix, même dans les cas de névralgies rebelles et invétérées.

Il convient d'ajouter que souvent les simples injections de glycérophosphates et même de protoxyde d'hydrogène suffisent pour calmer les névralgies chez certaines personnes.

L'adonide (*Adonis vernalis*) **dans les affections cardiaques** (DURAND). — Jadis, on avait mis à profit la racine d'adonide. Bubnow fit usage des feuilles dans ses expériences physiologiques et thérapeutiques. Il les employait comme les feuilles de digitale, en infusion ou en macération. Il s'est également servi de l'extrait d'adonis.

Le principe actif de ces préparations est un glycoside spécial que Cervello a isolé en 1882. Ce produit est constitué par une masse amorphe, incolore, inodore, très amère, peu soluble dans l'éther et dans l'eau, mais beaucoup plus dans l'alcool. Voici comment il a été obtenu.

On met macérer une certaine quantité de feuilles coupées en morceaux dans un mélange d'eau et d'alcool (2 p. d'eau pour 1 p. d'alcool). Au bout de dix jours, le liquide alcoolique provenant de la macération est précipité par l'acétate basique de plomb, filtré, condensé ; puis avec du tannin et quelques gouttes d'ammoniaque on sépare l'adonidine. Le tannate d'adonidine lavé à l'eau est décomposé par l'oxyde de zinc et l'alcool, et on obtient l'adonidine à l'état impur, que l'on purifie par plusieurs cristallisations dans l'éther alcoolisé.

L'acide tannique la précipite, et le précipité se redissout dans un excès d'eau. Elle est insoluble à froid dans l'acide chlorhydrique dilué ; mais, à

chaud, elle se dédouble en une substance insoluble dans l'éther.

Doses. — Bubnow a employé les feuilles de l'adonide en infusion à la dose de 4 à 8 grammes dans 180 grammes d'eau dont il administrait une cuillerée à soupe toutes les deux heures. Nous nous sommes servis exclusivement de l'adonidine sous forme de pilules de 2 centigrammes et nous avons rarement dépassé cette dose.

Voici en quels termes Durand apprécie les principaux médicaments cardiaques :

« Malgré les dangers que présente la *digitale*, elle ne continuera pas moins à rendre de grands services, à condition toutefois qu'elle soit employée avec prudence et habileté. Aussi, comme le dit M. Huchard « elle est et restera le grand médicament cardiaque ».

La *caféine* trouvera son usage indiqué dans les cas qui exigent une action rapide, devant produire une déplétion prompte dans le système circulatoire.

Le *convallaria* produira d'heureux résultats dans les mêmes cas, avec cet avantage que la diurèse occasionnée par lui sera plus persistante. Il remplacera la digitale chez les sujets à l'estomac rebelle, et la caféine chez les gens nerveux et facilement excitables.

Toutefois, si le convallaria et la caféine provoquent plus rapidement la diurèse, ils ont sur le cœur une influence moins marquée que la digitale ou l'*adonidine*.

Seul, ce dernier médicament produit rapidement des effets aussi actifs que ceux de la digitale, et de plus il n'en présente pas les inconvénients.

Aussi, cet agent thérapeutique nouveau des maladies du cœur nous paraît-il appelé à rendre de précieux services à la clinique, dès que des observations plus nombreuses l'auront mieux fait connaître. » En somme on peut dire que l'adonidine, le muguet, la scille, rendent de grands services pendant les périodes de suspension de la digitaline.

Lavements d'eau oxygénée contre la dysenterie aiguë. — On connaît le rôle important que jouent, dans le traitement de la dysenterie, les lavements antiseptiques destinés à agir sur les ulcérations du gros intestin. Parmi les substances médicamenteuses employées à cet effet, le nitrate d'argent, préconisé par Trousseau, tient jusqu'à présent la première place. Or, ce produit étant d'un maniement assez difficile, on cherche, depuis quelque temps, à lui substituer d'autres microbicides, tels que le sulfate de cuivre, le permanganate de potasse, l'ichtyol, le bleu de méthylène, etc. A en juger d'après l'expérience de M. le Dr Rocaz, chef de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Bordeaux, l'eau oxygénée — dont les propriétés antiseptiques sont de plus en plus utilisées en chirurgie — constituerait aussi un remède précieux contre les troubles dysentériques. Notre confrère a eu l'occasion d'essayer le médicament en question, au cours d'une épidémie grave de dysenterie aiguë, chez une dizaine d'enfants âgés de deux à douze ans. Le traitement a consisté à administrer aux petits malades, tous les jours deux ou trois lavements d'eau oxygénée à douze volumes, étendue de cinq fois son volume d'eau stérilisée tiède. La quantité de liquide injecté dans le rectum a varié suivant l'âge du patient et surtout selon la tolérance du gros intestin, car le lavement doit être gardé le plus longtemps possible. Cela étant, il est bon de faire précéder ces clystères médicamenteux d'un grand lavement évacuateur. Il faut, en outre, faire pénétrer le liquide profondément à l'aide d'une sonde assez longue, mais très souple, afin d'éviter tout traumatisme du côté des lésions siégeant principalement au niveau du rectum. Enfin, le lavement une fois administré, on fera coucher le malade tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre, pour que le médicament puisse baigner entièrement le côlon.

Dans tous les cas traités par cette méthode, qui ne serait nullement douloureuse, M. Rocaz a vu en peu de jours le pus, puis le sang disparaître des selles, en même temps que le sphincter reprenait sa tonicité et que l'état général du patient s'améliorait rapidement. Afin d'assurer la guérison d'une manière définitive, il est bon de continuer le traitement quelques jours après la disparition des accidents. (*Nouveaux remèdes*, 3 juin 1902.)

VARIÉTÉS

Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique, *IVe Session, Rome, 15-21 septembre 1902.* — La Société internationale de Gynécologie et d'Obstétrique a décidé que sa quatrième session aura lieu en Italie. Sous le patronage de la Société italienne d'Obstétrique et de Gynécologie un Comité d'Organisation a été constitué, qui a établi que le Congrès se tiendra à Rome du 15 au 21 septembre 1902.

Nous pensons que cette réunion appellera en Italie un grand nombre de Confrères de tous les pays. L'attrait magique que la ville éternelle sait toujours exercer sur ses visiteurs, les fêtes par lesquelles le Comité se propose d'ajouter aux charmes naturels du pays et de la saison, si agréable à Rome en septembre, augmenteront pour les Membres du Congrès l'intérêt offert par la discussion de questions scientifiques, sur lesquelles les notabilités les plus éminentes ont promis des rapports.

Les questions qui seront posées au Congrès sont les suivantes :

I. Des indications médicales à la provocation de l'accouchement.

II. De l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale.

III. La tuberculose génitale.

IV. Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus.

La cotisation est de 25 francs : les dames des congressistes qui accompagneront leur mari bénéficeront des réductions importantes sur les prix de chemins de fer.

Adresser les adhésions et cotisations à M. le Dr Micheli, 127, vià Rasella, Rome.

Hermaphrodite vrai. — MM. Petit et Lagnel-Lavastine, ont présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris (14 mars 1902), un individu âgé de vingt-trois ans qui, atteint de malformation des organes génitaux, semblerait pouvoir être regardé comme un hermaphrodite vrai.

Inscrit tout d'abord sur les registres de l'état civil comme fille, il a été plus tard, sur l'avis d'un médecin, inscrit comme appartenant au sexe masculin. Il présente aujourd'hui des organes génitaux externes constitués par une verge de 4 centimètres de long, d'aspect relativement normal, mais imparfait : tandis que l'on voit sur le raphé médian périnéal (à quelques centimètres au-dessous de la verge) un petit orifice de 2 millimètres de diamètre, bordé à droite et à gauche par un repli simulant un rudiment de vulve.

De chaque côté de la verge, on voit un repli cutané brunâtre, mou, saillant, dépourvu de poils, et dans lequel la palpation ne permet de constater aucun organe, testicule ou ovaire. On trouve, au contraire, vers l'extrémité interne des plis inguinaux, au-dessus du pubis, normalement garni de poils bruns, deux saillies molles, au centre desquelles la palpation révèle l'existence d'un organe ovoïde, insensible à la pression, évidemment une glande génitale.

Cet individu est petit, d'aspect infantile, absolument imberbe ; ses seins sont développés comme ceux d'une femme, avec un mamelon bien conformé. Le bassin est large.

On apprend, par l'interrogatoire, que l'orifice périnéal donne issue à l'urine, dont l'émission se fait régulièrement. Mais, en outre, depuis l'âge de seize ans, il se produit par cet orifice, régulièrement tous les mois, un écoulement sanguin en tout comparable à des menstrues et qui, chaque mois, s'accompagne de gonflement et de sensibilité des glandes génitales pubiennes.

Il semble donc que l'on soit en présence d'une femme offrant des organes génitaux anormalement constitués, mais, d'autre part cet individu éprouve très manifestement l'appétit du sexe féminin et n'entre en érection que lorsqu'un désir est fortement excité par une femme.

Le toucher rectal, l'examen du liquide qui s'écoule de l'orifice périnéal après l'érection, n'ont pu apporter à la question du sexe une réponse précise. La cure radicale de la hernie inguinale droite, qui accompagne la glande génitale de ce côté, pourra permettre l'exploration plus complète de cette glande et peut-être ainsi résoudre le problème.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

GYNÉCOLOGIE

TRAITEMENT DES MÉTRITES HEMORRAGIQUES

(A. SIREDEY.)

Le curettage est inconstestablement le *procédé de choix* pour le traitement de ces *endométrites hémorragiques vraies*, *fongueuses ou villeuses*, et *des rétentions placentaires*. C'est grâce à la curette qu'on peut débarrasser promptement, sûrement et sans danger, la muqueuse utérine des altérations qui entretiennent d'une façon permanente les hémorragies.

Dès que l'on a reconnu la stagnation de fragments placentaires dans l'utérus, il faut agir. La fièvre modérée qui accompagne quelquefois ces rétentions ne constitue pas une contre-indication elle fournit au contraire un argument de plus pour débarrasser promptement l'utérus de son contenu malfaisant.

Les complications aiguës du côté des annexes doivent seules retarder l'intervention, parce que les manœuvres exercées sur l'utérus pour l'abaisser, pour le dilater, les traumatismes résultant du raclage, pourraient provoquer une recrudescence des lésions annexielles.

Dans ces conditions, d'ailleurs, les métrorrhagies observées pourraient être imputables aux altérations des annexes, et il vaut mieux attendre que le repos ait permis de préciser le diagnostic.

Quand il s'agit de grossesses peu avancées, il n'y a pas lieu de discuter le procédé du Professeur Budin, qui conseille de substituer à l'emploi de la curette le curage digital. Si les doigts peuvent être introduits dans un utérus à la suite d'une fausse couche de 3 ou 4 mois, il serait bien facile de les faire pénétrer dans un utérus de six semaines à deux mois, dont le produit est expulsé déjà depuis plusieurs jours, et quelquefois même depuis plusieurs semaines, comme cela se présente fréquemment dans le service de gynécologie.

Aussi doit-on le plus souvent pratiquer la dilatation extemporanée à l'aide des bougies d'Hégar, ou la dilatation progressive par les laminaires, après tous les soins aseptiques d'usage.

Le curettage doit être fait à fond et minutieusement, de manière à enlever tous les débris qui existent dans la cavité utérine.

L'opération terminée, on se contente de badigeonner la cavité utérine avec de l'eau oxygénée, 12 volumes, puis on laisse une gaze aseptique dans le vagin, sans pratiquer un véritable tamponnement. Ces soins suffisent si l'utérus n'est pas infecté. On peut renouveler pendant quelques jours les attouchements avec l'eau oxygénée avec ou sans injections utérines, puis on espace les pansements pour les cesser au bout de 8 ou 10 jours s'il ne se présente aucune complication.

L'effet le plus remarquable du curettage dans la majorité des

cas est la disparition immédiate de l'hémorrhagie. Au moment de la dilatation, surtout si elle est extemporanée, la malade perd du sang en grande quantité, et l'écoulement s'arrête comme par enchantement sous l'influence de la curette. Il est probable qu'en dehors de l'ablation des bourgeons placentaires et muqueux, elle agit en faisant contracter l'utérus et les artères irriguant le parenchyme utérin.

Si la muqueuse est infectée, et surtout si les écoulements présentent un peu d'odeur, on devra faire des pansements dans la cavité utérine pour combattre l'infection.

Les attouchements d'eau oxygénée pourront être renouvelés tous les jours, et on les fera suivre avantageusement de l'introduction de lanières de gaze imbibée de glycérine créosotée à 1/3.

Les mêmes précautions doivent présider au curettage des utérus villeux et fongueux, et ici encore, la prolongation des pansements s'impose si l'on veut éviter une récidive.

Les polypes du col ou du corps de l'utérus, qu'ils soient de nature fibreuse ou myomateuse, réclament également le curettage. Après dilatation et soins antiseptiques d'usage, on excise avec de grands ciseaux le pédicule des polypes flottants, puis on procède au raclage méthodique de la muqueuse comme dans les cas précédents.

La simple ablation du polype ne suffit pas, car souvent il existe un assez grand nombre de petits polypes à la surface de l'utérus, qui se développent les uns après les autres, exposant les femmes à des récidives perpétuelles. La curette, détruisant ces productions, peut amener la guérison complète, elle retarde tout au moins les rechutes.

Il est bon aussi dans ce cas de pratiquer quelques pansements pour combattre l'infection, parfois ancienne, de la muqueuse.

En dehors de ces indications très nettes qui imposent l'ablation de lésions bien définies, il vaut mieux ne pas recourir au curettage pour les métrorrhagies qui semblent sous la dépendance de simples troubles vasculaires.

Le curettage des *gros utérus scléreux*, des *utérus angiomateux*, n'arrête que momentanément les pertes de sang, celles-ci reprennent bientôt, et l'utérus, dilaté pour cette opération, ne revient que difficilement sur lui-même. Il demeure en subinvolution, ce qui ne fait souvent qu'aggraver son état, et exagérer les métrorrhagies.

Congestions hémorrhagiques. —Dans toutes les *hémorrhagies secondaires*, qu'elles proviennent de *lésions des annexes*, de *troubles de la circulation générale ou locale*, le curettage est *inutile*.

Il convient, dans ces cas, d'instituer un traitement purement palliatif, pour combattre l'hémorrhagie.

On doit tout d'abord recourir aux injections chaudes. On installe la femme sur une toile cirée plongeant dans un seau de toi-

lette, ou sur un bassin approprié, dont la disposition assure l'écoulement du liquide, et on fait passer *lentement, sous une pression de 0,40 à 0,50 centimètres*, 5 à 6 litres d'eau bouillie à 48°. On peut commencer par de l'eau à 42° puis on augmente peu à peu sa température pour atteindre 48°.

Il est indispensable de faire à plusieurs reprises, sur les lèvres de la vulve, des onctions avec de la vaseline, pour éviter les brûlures.

On peut employer des canules plus compliquées qui sont munies d'un appareil obturant l'orifice vulvaire, avec tubes pour l'entrée et la sortie du liquide, mais ces appareils ne sont nullement indispensables.

L'eau des injections peut être pure, ou additionnée de sel de cuisine (7 grammes par litre, une cuillerée à café bien pleine), ou encore d'acide borique, car il est préférable de ne pas se servir de substances antiseptiques telles que le sublimé, l'acide phénique, qui pourraient être irritantes, même à doses faibles, avec des masses aussi considérables de liquide.

Ces injections seront renouvelées 3 à 5 fois par jour suivant l'abondance des pertes.

Si l'hémorrhagie persiste, on aura recours à des attouchements de la muqueuse utérine avec des tampons imbibés d'eau oxygénée (à 12 volumes), on laissera même une lanière de gaze imbibée d'eau oxygénée dans la cavité de la matrice.

On peut employer aussi pour ces badigeonnages intra-utérins un mélange par parties égales *d'antipyrine et de salol* (ââ 3 grammes). Ces deux substances pulvérisées et mélangées sont introduites dans un tube à expérience et on les fait fondre en chauffant légèrement. Le liquide ainsi obtenu sert à imbiber une lanière de gaze qu'on laisse dans la cavité utérine.

Un excellent procédé, et dont j'ai eu plusieurs fois à me louer, consiste dans l'emploi d'injections vaginales de sérum gélatiné, la malade ayant le siège fortement relevé sur un coussin.

Gélatine blanche......... de 50 à 100 grammes.

à faire dissoudre dans :

Eau bouillie.............. 1 litre.
Chlorure de sodium...... 7 grammes.

Cette injection sera précédée d'un lavage à l'eau tiède (36° à 37°), pour enlever les caillots ; l'injection gélatinée sera prise très lentement, et la malade aura soin de mettre un tampon d'ouate à l'entrée de la vulve pour arrêter la sortie du liquide coagulant.

Le médecin pourra appliquer lui-même sur le col un tampon imbibé de sérum gélatiné, et soutenu par d'autres tampons de gaze ou d'ouate qu'il est inutile de tasser trop.

Enfin, si l'hémorrhagie résiste à tous ces moyens, on aura encore

la ressource de l'hémostase mécanique par l'ancien procédé du tamponnement.

Aux moyens locaux, on peut joindre l'emploi de divers médicaments par la voie gastrique ou par la voie hypodermique: ergot de seigle par paquet de 0,15 centigr., de 2 à 4 en 24 heures.

Injections d'ergotine ou d'ergotinine.

Ont peut employer aussi l'hamamelis, l'hydrastis, le viburnum, etc., en teinture à la dose de XX à LX gouttes en 24 heures.

Souvent, le sulfate de quinine ou le bromure de potasse, associés à l'ergot de seigle facilitent l'hémostase.

On peut donner :

Sulfate de quinine..................	0,40 centigr.
Seigle ergoté fraîchement et finement pulvérisé..........................	0,15 centigr.

Pour un cachet, 2 par jour.

Ou bien :

Bromure de potassium................	0,50 centigr.
Seigle ergoté..........................	0,10 centigr.

Pour un cachet, 2 par jour.

On doit exiger le repos absolu au lit et l'immobilité prolongée, *dans la situation horizontale*, sans permettre aux malades de s'asseoir.

Nombre de femmes trompent le médecin en se levant pour les repas, pour la toilette, pour les évacuations, etc., sous prétexte qu'on ne le leur a pas *formellement interdit*.

Dès le début d'une métrorrhagie, le repos s'impose rigoureusement, et ce n'est pas la partie la moins essentielle du traitement. (*Journal de méd. et de chir.*, 1902, page 312).

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES INJECTIONS INTRAMUSCULAIRES D'HERMOPHÉNYL

(*Mercure-Phénol-Disulfonate de sodium*)

Par le Dr Charles NICOLLE,

Médecin en chef à l'Hospice Général de Rouen (1).

Les composés mercuriels employés jusqu'à ce jour en injections sous-cutanées ou intra-musculaires pour le traitement de la syphilis sont extrêmement nombreux. La multiplicité même de ces

(1) *Revue médicale de Normandie*, avril 1902.

produits, dont la liste ne paraît pas épuisée, montre clairement qu'il n'en est pas de parfait et que les meilleurs ne sont pas exempts de reproches.

Les préparations mercurielles insolubles, qui sont d'un emploi si commode, puisqu'il suffit d'une injection répétée toutes les deux ou trois semaines pour assurer un traitement efficace, ont provoqué, dans les mains les plus expérimentées, des accidents souvent fâcheux, quelquefois graves. Il n'est pas de syphiligraphe qui, à la suite de leur emploi, toujours suivi d'un résultat excellent au point de vue thérapeutique, n'ait eu à déplorer, dans certains cas, le développement d'indurations locales, douloureuses et persistantes, la formation d'abcès, des cicatrices indélébiles, et quelquefois aussi toute la série des accidents de l'intoxication hydrargyrique, avec cette complication qu'il est presque impossible d'aller extraire le mercure injecté et de s'opposer ainsi à l'absorption du poison déposé dans les tissus.

Nous ne parlerons pas des accidents plus graves signalés par quelques auteurs (1) : embolies pulmonaires dues à l'injection du composé insoluble dans une veine profonde, parce qu'ils semblent relever autant de la technique de l'inoculation que du choix de la substance injectée ; encore est-il que ces accidents ne se rencontrent qu'à la suite de l'injection de préparations insolubles.

Les composés solubles employés jusqu'à ce jour sont, en général, à l'abri de ces reproches ; les seuls accidents qu'ils causent sont, tout au plus, des douleurs locales ou de petites indurations non persistantes ; mais leur activité est souvent bien faible, et leur élimination paraît se faire avec la plus regrettable rapidité. Il faut répéter les inoculations tous les jours, ce qui rend l'application du traitement difficile, quelquefois même impossible, surtout dans la clientèle privée. Aussi, leur emploi est-il réservé plus spécialement aux cas graves : syphilis cérébrale ou oculaire.

Un produit mercuriel soluble qui présenterait l'activité des composés insolubles, sans en avoir les inconvénients, serait pour nous la préparation idéale.

L'hermophényl que nous avons expérimenté systématiquement, dans notre service, pendant sept mois, ne nous paraît pas loin de réaliser les conditions que nous venons d'indiquer. Sans vouloir exposer ici tout au long l'histoire naturelle de ce produit, dont les propriétés ont été étudiées par des auteurs très compétents (2),

(1) M. MOELLER. — *Hygiea*, mai 1901, analysé dans la *Semaine médicale*, 21 août 1901.

(2) Consulter le mémoire original de MM. Auguste LUMIÈRE, Louis LUMIÈRE et CHEVROTTIER : *Sur de nouveaux composés organo-métalliques de mercure*, Comptes rendus de l'Académie des Sciences, 21 janvier 1901. Lire également : Auguste LUMIÈRE, Louis LUMIÈRE et F. PERRIN : *Action de l'oxyde de mercure sur quelques corps organiques*, Comptes rendus, 11 mars 1901 ; et surtout : A. LUMIÈRE, L. LUMIÈRE et J. CHEVROTTIER : *Propriété pharmacodynamiques principales du mercure-phénol-disulfonate de sodium* (Hermophényl) dans les *Archives de Médecine expérimentale*, 1901, n° 3, mai.

nous rappellerons quelques-unes des conclusions formulées par MM. Lumière et Chevrottier, dans leur mémoire publié par les *Archives de Médecine expérimentale* (1) :

1. — L'hermophényl est un composé organométallique, contenant 40 pour 100 de mercure, très soluble dans l'eau (2), et dans lequel les réactions sont masquées.

2. — Le coefficient de toxicité de cette substance est de 0,040 par voie intraveineuse chez le chien et le lapin ; 0,125 par voie sous-cutanée, et 0,20 par ingestion chez le cobaye.

5. — Administré à faible dose, il exerce une action manifeste sur la nutrition qui se traduit de la façon suivante : 1°) augmentation de poids ; 2°) diminution des principaux éléments de l'urine sans en diminuer le volume total. A dose plus élevée, il détermine de la néphrite aiguë dégénérative. On n'a constaté la présence d'albumine dans les urines que lorsqu'on a donné aux animaux un poids d'hermophényl voisin de la dose toxique.

7. — Les solutions à 1/500 injectées sous la peau, ou mieux dans le tissu musculaire, sont facilement absorbées et ne déterminent ni induration persistante, ni abcès.

8. — L'hermophényl est éliminé rapidement par le rein, à l'état de composé organométallique.

9. — Il est dépourvu de propriétés irritantes (3)....

Ce sont ces propriétés de l'hermophényl, bien mises en évidence par les travaux des auteurs lyonnais, qui nous ont suggéré l'idée de faire usage de ce produit pour le traitement de la syphilis. Nous avons été devancés de quelques semaines par M. le Dr Reynès, Chirurgien des hôpitaux de Marseille, qui, le premier, a appliqué les injections d'hermophényl au traitement des accidents syphilitiques. Notre Collègue a communiqué le résultat de ses expériences dans un article très intéressant publié par le *Marseille Médical* (n° du 1er octobre 1901). — Le nombre des malades soumis par lui au traitement a été de 26 ; il leur a été fait au total 100 injections.

La solution employée par M. Reynès était titrée à un demi-centigramme par centimètre cube ; il était fait à chaque séance une injection de 4 centimètres cubes de cette solution, soit 2 centigrammes d'hermophényl (représentant 8 milligrammes de mercure métallique). Les injections étaient répétées tous les deux jours environ.

Cette méthode a donné à notre Collègue des résultats très favorables. Elle s'est montrée d'autre part « d'une innocuité parfaite, n'occasionnant ni abcès, ni indurations, ni douleurs ». Une seule fois, une gingivite, d'ailleurs légère et rapidement guérie, s'est

(1) *Loc. cit.*, pages 418 et 419.

(2) La solubilité dans l'eau de ce produit est de 22 °/° à 15°.

(3) Les solutions d'hermophényl ne précipitent pas l'albumine à froid et ne coagulent pas le sérum.

développée chez un malade. L'absence complète d'accidents locaux consécutifs à l'inoculation a décidé M. Reynès à pratiquer, dans un cas, l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de la face externe du bras ; il n'en est résulté aucun inconvénient. Notre collègue se base sur ce fait pour préconiser l'emploi des solutions d'hermophényl, aussi bien en injections sous-cutanées qu'en injections intramusculaires.

Nous apportons aujourd'hui, à notre tour, notre contribution personnelle à l'étude du traitement de la syphilis par l'hermophényl. Nous avons expérimenté ce produit dans notre service pendant environ sept mois, chez la presque totalité des syphilitiques de nos salles. *Le nombre des malades soumis par nous à ce mode de traitement atteint le chiffre de quatre-vingt-quatorze* (49 femmes et 45 hommes) ; *le nombre des injections qui leur ont été pratiquées est supérieur à neuf cents* (908 exactement).

Nous avons été activement secondé dans la pratique de ces inoculations par les élèves de notre service : MM. Dheilly et Poot, internes ; MM. Delamare, Dijon, Guéry, Hartenberger et Jullien, externes. Nous sommes heureux de leur adresser ici nos remerciements pour leur collaboration à notre étude.

La technique suivie par nous n'a pas été tout à fait celle que M. Reynès a indiquée. Nous avons fait usage d'une solution plus concentrée que la sienne. Cette solution, préparée avec le plus grand soin par notre ami le Professeur A. Gascard, pharmacien de l'Hospice Général, a la formule suivante :

Hermophényl................	0,10 centigrammes.
Eau distillée..................	10 grammes.

Stériliser à l'autoclave.

Nous en injectons deux centimètres cubes à chaque séance. La quantité inoculée représente donc, sous un volume moitié moindre, une dose d'hermophényl égale à celle qu'injecte M. Reynès, soit deux centigrammes du produit ou huit milligrammes de mercure métallique.

Au début, nous avons pratiqué les injections d'une façon continue, sans intervalles de repos, à raison de deux par semaine. Plus tard, nous avons reconnu qu'on pouvait, sans inconvénient, lorsque le traitement devait être prolongé plus de trois semaines, accorder aux malades au bout de ce temps une semaine de repos.

Notre mode de traitement, quoique comportant l'inoculation d'une dose égale à chaque séance, a donc été moins sévère que celui de notre Collègue marseillais, puisqu'au lieu de recevoir une injection tous les deux jours, nos malades n'en recevaient que deux par semaine. Nous avons néanmoins obtenu, par cette méthode, d'excellents résultats au point de vue thérapeutique.

Les inoculations ont été pratiquées toutes dans la profondeur des muscles fessiers. Nous préconisons comme siège d'élection

pour l'injection le *point de Galliot*, situé, comme on le sait, à la partie supérieure de la fesse (1). Le malade doit être couché sur le ventre et l'aiguille enfoncée verticalement à une profondeur de 4 à 5 centimètres. Nous attribuons les rares accidents, d'ailleurs sans importance véritable, qui ont suivi quelques-unes de ces inoculations, à la non-observation de cette technique. Contrairement à l'opinion de M. Reynès, et c'est là le seul point sur lequel nous ne soyons pas absolument d'accord avec lui, nous ne croyons pas que l'injection sous-cutanée de l'hermophényl soit absolument exempte d'inconvénients.

Les malades soumis par nous aux inoculations d'hermophényl appartenaient tous à la clientèle ordinaire de nos services spéciaux; ils présentaient les lésions syphilitiques les plus variées : accidents primitifs, secondaires ou tertiaires. Quelques-uns étaient atteints de chancres génitaux phagédéniques. Dans un cas, nous avons eu affaire à une syphilide héréditaire lupiforme.

La lecture des observations très résumées qui terminent notre travail montrera, mieux que nous ne pourrions le faire autrement, les résultats très satisfaisants que nous avons obtenus.

Ce mode de traitement ne s'est montré insuffisant que dans un cas. Il s'agissait d'un chancre phagédénique, particulièrement grave, qui ne s'est amélioré qu'à la suite de l'application de pointes de feu locales. Dans ce cas, au moment où la guérison s'est montrée, nous avions abandonné l'hermophényl pour les frictions mercurielles..

Un certain nombre de nos malades femmes, syphilitiques anciennes, étaient entrées dans le service pour des accidents vénériens non syphilitiques. Nous les avons soumises quand même aux injections d'hermophényl. Nous croyons, en effet, qu'il ne peut y avoir qu'un grand avantage au point de vue de la prophylaxie de la syphilis, à traiter ainsi les syphilitiques connues toutes les fois que l'occasion s'en présente, même en l'absence d'accidents syphilitiques actuels ; c'est à la fois un bénéfice pour elles et pour les autres.

On remarquera, en parcourant nos observations, que quelques-uns de nos malades ont quitté le service avant guérison complète. Il n'était pas en notre pouvoir, malheureusement, de les retenir ; quelques hommes se sont refusés au traitement ; un certain nombre de femmes ont été remises, non guéries, entre les mains de la police pour tapage ou bris de carreaux. Nous avons signalé déjà à l'Administration l'intérêt qu'il y aurait à ce que ces femmes ne soient remises à la police qu'après guérison complète des accidents contagieux qu'elles présentent.

(1) Le *point de Galliot* répond à l'intersection de deux lignes, l'une horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus du bord supérieur du grand trochanter, l'autre verticale, à l'union des deux tiers externes et du tiers interne de la fesse.

L'emploi systématique des injections d'hermophényl pour le traitement de la syphilis n'a présenté, entre nos mains, aucun inconvénient sérieux. Les rares et légers accidents que nous avons notés nous paraissent relever moins du choix du médicament employé que de fautes de détails commises dans la technique de l'inoculation. Et, cependant, le nombre des inoculations faites à nos malades a été souvent élevé : 32 malades ont subi plus de 10 inoculations ; 2 en ont subi de 20 à 30 ; enfin, dans deux cas, le chiffre des piqûres a dépassé 30.

Dans un seul cas, nous avons observé une stomatite, d'ailleurs insignifiante, après la onzième inoculation ; cette stomatite a guéri en quelques jours.

Les injections ont été suivies de la production d'une induration locale manifeste chez deux malades ayant subi déjà plusieurs piqûres, sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient ; dans le premier cas, où l'inoculation avait été pratiquée à la partie la plus inférieure de la fesse, et très probablement sous la peau, l'induration, assez douloureuse, atteignait la grosseur d'une mandarine ; elle persista pendant quelques jours ; dans le second cas, elle fut moins marquée.

Nous avons noté chez deux malades, d'ailleurs en cours de traitement, l'apparition rapide au point inoculé de douleurs s'irradiant vers la cuisse et la jambe gauche du même côté, le long du trajet du sciatique. Ces douleurs ont persisté 24 heures environ. Nous avons remarqué des symptômes analogues, mais à un degré extrêmement atténué, chez deux autres malades. Nous les attribuons à une faute de technique ; l'inoculation, dans ces cas, avait été faite trop profondément et au voisinage immédiat du nerf sciatique.

Nous attribuons à une autre faute, l'inoculation dans une veine profonde, les symptômes généraux observés chez une autre malade à la suite des quatrième et cinquième piqûres (les piqûres antérieures n'avaient été suivies de l'apparition d'aucun symptôme). Le tableau clinique fut le suivant dans les deux cas : malaise presque immédiat, vertiges, anorexie, nausées, quelques vomissements, fièvre (39°8), et éruption urticarienne généralisée, durant de 24 à 48 heures. Si, dans ce cas, le produit inoculé avait été un composé mercuriel insoluble, la malade aurait probablement présenté des signes d'embolie pulmonaire.

Il est donc capital, en matière d'injections mercurielles, d'éviter de porter le produit inoculé au voisinage du nerf sciatique ou du réseau veineux abondant qui occupe la fosse de Smirnoff. On y parvient facilement en faisant l'injection à la partie supérieure de la fesse.

Si l'on compare le chiffre de ces accidents, tous peu graves et relevant le plus souvent de fautes de technique qu'il sera désormais facile d'éviter, au nombre des cas traités dans notre service

et surtout au total des inoculations faites, on se rendra compte de la grande innocuité des injections d'hermophényl.

Nous devons ajouter qu'une de nos malades, enceinte de deux mois, a vu sa grossesse se poursuivre sans accident, et qu'une autre, atteinte de tuberculose pulmonaire déjà très avancée, n'a été nullement incommodée par le traitement.

Notre conclusion est que les injections intramusculaires d'hermophényl constituent un mode de traitement très efficace de la syphilis à toutes ses périodes; elles sont d'une innocuité absolue, à la condition d'observer les quelques précautions que nous avons indiquées. Nous croyons qu'il vaut mieux ne pas employer la voie hypodermique.

La solution d'hermophényl, dont nous avons fait usage, solution à 1 %, pourrait, à notre avis, être remplacée avantageusement par une solution d'une concentration double. Il suffirait alors d'en injecter un centimètre cube seulement à chaque séance. La non-toxicité du produit est telle que nous n'hésiterions pas, à l'avenir, en présence de cas particulièrement graves, à employer des doses plus fortes et à répéter plus souvent les inoculations (1).

PÉDIATRIE

L'ALIMENTATION DE LA PREMIÈRE ENFANCE (2)

L'allaitement maternel est, sauf de rares exceptions, le seul auquel nous devions avoir recours. C'est le lait de femme qui, par excellence, convient au nourrisson et qui offre plus de sécurité.

Pour ma part, j'encourage de toutes mes forces l'allaitement au sein, et surtout l'allaitement maternel. Dans toutes les communications que j'ai pu faire, j'ai toujours déclaré qu'il devait être préféré aux autres modes d'allaitement.

J'ai du reste toujours prêché d'exemple, car, à ma consultation de nourrissons, j'utilise tout le lait que les mères peuvent donner; je n'ajoute du lait stérilisé que si la nourrice devient insuffisante, et c'est très exceptionnellement que j'autorise d'emblée l'allaitement artificiel.

(1) Nous avons tenu, dans cet article, à nous borner à l'étude de l'hermophényl, considéré comme agent thérapeutique de la syphilis. Nous n'avons donc pas parlé des propriétés antiseptiques de ce produit. M. Bérard en a fait l'objet de recherches spéciales qu'on trouvera résumées dans le *Bulletin de la Société des Sciences médicales de Lyon* (n° du 19 avril 1901), et dans le *Bulletin médical de Paris* (4 mai 1901). Les quelques essais que nous avons fait de préparations d'hermophényl pour le traitement de diverses affections cutanées nous ont donné, d'ailleurs, des résultats encourageants.

(2) Communication faite par M. le Prof. Budin à la séance plénière des Sociétés médicales de Paris, juin 1902.

Le plus souvent alors, il s'agit d'enfants présentant des malformations du côté de la bouche, de femmes qu'une tare pathologique empêche de nourrir, ou dont une maladie des seins a tari la sécrétion lactée.

Parfois encore, j'accepte des enfants qui ont été mis en nourrice pendant quelque temps, et que les mères, les trouvant malades, ont repris avec elles.

L'allaitement artificiel figure pour 6 % seulement à ma consultation de nourrissons, tandis que l'allaitement au sein exclusif et l'allaitement mixte sont observés dans 94 pour 100 des cas.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que l'allaitement maternel signifie sécurité parfaite pour l'enfant. Comme tous les autres modes d'allaitement, il demande à être surveillé et parfois de très près. Il ne constitue une sauvegarde pour l'enfant qu'à la condition d'être bien réglementé.

Lorsque, au contraire, la mère est abandonnée à elle-même, sans guide et sans surveillance, des accidents très graves peuvent survenir chez le nourrisson. La gastro-entérite est moins fréquente avec l'allaitement au sein qu'avec le lait stérilisé, cela est incontestable, mais elle n'en existe pas moins, et si vous lisez la statistique de la ville de Paris, vous verrez que, pendant les étés de 1898, 1899 et 1900, la mortalité par gastro-entérite, quoique bien inférieure pour les enfants nourris au sein, a été cependant assez notable.

Certaines femmes ont une sécrétion lactée très abondante, leur enfant prend trop à chaque tétée et ne tarde pas à présenter des accidents dus à la suralimentation. Je pourrais vous apporter plusieurs observations de ce genre. Je m'en tiendrai au fait suivant, qui est très instructif à cet égard.

L'enfant T. (n° 1893), né le 8 octobre 1901, quitte la Clinique le 20 octobre : il pèse alors 4.590 grammes. Le 10 février, il a 17 garde-robes dans la journée ; les selles sont vertes. Il est mis à la diète hydrique pendant deux jours. Je le revois le 14 ; il a diminué de 200 gr. et la diarrhée persiste. La sécrétion lactée était très abondante chez la mère et l'enfant prenait beaucoup trop. J'attribuai ses troubles digestifs à la suralimentation, et je conseillai de ne le laisser que deux minutes au sein. Le 21, la diarrhée était beaucoup moindre ; les selles étaient meilleures, et l'enfant avait gagné 40 grammes dans sa semaine. Le 10 mars, il avait augmenté de 130 grammes et les accidents intestinaux avaient disparu. La mère le laisse alors cinq minutes au sein : il augmente de 200 grammes en quatre jours, mais la diarrhée recommence. Je réduis à trois minutes la durée de la tétée, les accidents cessent et l'enfant augmente de 80 grammes en sept jours. Les semaines suivantes, l'augmentation est de 190 et de 120 grammes. Le 11 avril, nouvel écart de régime suivi de nouveaux accidents. Du 4 au 11 avril, l'enfant avait augmenté de 260 grammes. Mieux réglé, le

nourrisson guérit rapidement. Par la suite, chaque fois que l'enfant présentait des troubles digestifs, la mère, comprenant qu'il était trop alimenté, réduisait d'elle-même la durée des tétées, et ne tardait pas à voir les accidents disparaître.

A côté de ces femmes qui ont trop de lait, il en est d'autres qui, dans leur désir de bien faire, mettent leur enfant au sein chaque fois qu'il crie et ainsi le suralimentent. D'autres ont un lait trop riche, trop chargé en beurre que le nourrisson digère mal, et qui est la cause d'accidents tels que la diarrhée, l'eczéma, etc.

Tout ceci montre que l'allaitement au sein, comme les autres modes d'allaitement, doit être l'objet d'une surveillance rigoureuse pour donner les bons résultats qu'on est en droit d'en attendre. Ces faits prouvent l'utilité des *Consultations de nourrissons.*

Dans son remarquable rapport, M. Dhomont écrit : « Toutes les maladies aiguës de quelque durée sont des obstacles absolus à l'allaitement du sein. »

Notre collègue a eu grandement raison d'ajouter les mots de *quelque durée*, car sans cela sa proposition serait dangereuse, on soumettrait à l'allaitement artificiel quelques enfants qui pourraient être laissés au sein. On a beaucoup trop de tendance, en général, à ne pas conserver une nourrice atteinte d'une affection aiguë. J'estime que, dans beaucoup de maladies fébriles non contagieuses, il est possible, en prenant certaines précautions, de permettre à la mère de continuer à nourrir.

Avec notre chef de clinique, M. le Dr Perret, nous avons publié, dans l'*Obstétrique* du mois de novembre 1901 plusieurs faits probants.

Telle est l'histoire d'une malade, accouchée le 24 février 1901, qui eut des phénomènes d'infection puerpérale, et de la congestion pulmonaire grippale. Jusqu'au 11 mars, la température reste élevée, atteignant parfois 40° le soir. Malgré son état général mauvais, la malade qui s'alimente bien, ne cesse de donner le sein à son enfant toutes les deux heures. Celui-ci ne semble pas se ressentir de l'état de sa mère, et se développe parfaitement : il quitte l'hôpital le 29 mars, ayant augmenté de 770 grammes en 33 jours, c'est-à-dire en moyenne de 23 grammes par jour, en tenant compte de la descente initiale.

Entre autres faits, je vous citerai encore l'observation suivante : il s'agit d'une femme qui eut une infection puerpérale grave, avec escharres du vagin. Au cours de l'affection, qui se prolongea plus que d'ordinaire, la malade eut de la lymphangite du sein, une pleurésie légère et de la broncho-pneumonie. Malgré ces différents états pathologiques, cette femme n'a pas cessé d'allaiter. Il n'en est résulté aucun trouble pour son enfant qui, pendant les 44 jours qu'a duré la maladie, a augmenté de 1.275 grammes, c'est-à-dire en moyenne de 29 grammes par jour.

Est-ce à dire qu'on doive toujours et quand même maintenir un

enfant au sein de sa mère, lorsque celle-ci est atteinte d'une affection aiguë. Evidemment non. Il faut tenir grand compte de l'état général de la nourrice et des poids de l'enfant.

J'arrive maintenant à une question particulièrement intéressante, celle des *débiles*. Ces enfants succombaient autrefois dans une très grande proportion. Je ne reviendrai pas sur les causes qui amènent leur mort, causes que j'ai étudiées ailleurs et que M. Dubrisay a si bien rappelées ; je ne parlerai pas du refroidissement qui leur est si funeste ; je ne m'occuperai que de leur alimentation.

Quand, en 1895, je pris le service des débiles à la Maternité, je vis que nombre d'entre eux succombaient à des accès de cyanose ou à de la diarhée. Je ne tardai pas à remarquer que ceux qui prenaient peu avaient de la cyanose et mouraient ; au contraire, ceux qui buvaient trop avaient des troubles digestifs, de la diarrhée et ils étaient emportés.

Voici la courbe d'un de ces enfants qui eut des accès de cyanose. Né en ville le 30 mai 1895, il fut apporté le même jour à l'hôpital ; il pesait 1.930 grammes. Le 6 juin, il vomit un peu ; le 7, il eut des accès de cyanose qui se renouvelèrent les jours suivants. Il s'alimentait un peu et on ne pouvait augmenter, comme on l'aurait désiré, la quantité de lait qu'il prenait, car il continuait à le rejeter. Le seizième jour, il cessa de vomir, les accès de cyanose s'arrêtèrent et on augmenta la quantité de lait, mais le 21e jour, les vomissements reparurent et le 25e jour, les accès de cyanose recommencèrent. Dans ces conditions, l'alimentation fut forcément insuffisante, la quantité de lait donnée étant inférieure à ce qu'elle devait être. Les vomissements cessèrent enfin le 36e jour : le 37e, l'enfant eut encore de la cyanose, mais après cette date on put augmenter beaucoup la dose de lait donnée. Le débile cessa d'avoir des accès de cyanose et il se mit à croître régulièrement. Il sortit en bon état le 9 août, pesant 2.600 grammes.

Ainsi donc, pour les prématurés, on se trouve dans l'alternative de ne pas leur donner assez, ou de leur donner trop. Nous nous sommes efforcé de trouver les quantités exactes de lait qu'il faut faire donner aux enfants nés avant terme. Nous avons opéré de la façon suivante.

Tous les jours, on notait, à chaque repas, la quantité de lait prise au sein par les débiles ; pour les enfants incapables de téter, on inscrivait ce qui avait été introduit par le gavage ou donné soit à la cuiller, soit au verre. Une addition permettait de connaître la quantité de lait absorbée dans les vingt-quatre heures.

Nous avons accumulé de la sorte un certain nombre d'observations : elles se rapportent à des enfants d'un poids connu, qui prenaient la quantité de lait nécessaire à leur développement, n'avaient ni cyanose, ni diarrhée et s'accroissaient d'une façon régulière et suffisante.

La température de ces enfants était relevée chaque jour ; elle

était normale. C'est donc à l'observation clinique pure que nous avons eu recours, en nous aidant de la balance et du thermomètre.

Dans les premiers jours qui suivent leur naissance, les débiles ne prennent pas beaucoup de lait, mais la quantité qu'ils avaient augmente journellement ; à partir du neuvième ou du dixième jour, la quantité qu'ils tettent ne s'accroît plus relativement que très peu. Nous devons donc distinguer :

A. — Les enfants pendant les dix premiers jours.

B. — Les enfants après le dixième jour.

A. — Pendant les dix premiers jours, les enfants peuvent être divisés en 3 catégories, suivant leur poids, et ils prennent les quantités suivantes :

	Enfants pesant moins de 1.800 gr.	Enfants pesant de 1.800 à 2.200 gr.	Enfants pesant de 2.200 à 2.500 gr.	
2e jour....	115	125	180	gr. de lait de femme.
3e jour....	160	175	236	—
4e jour....	160	225	295	—
5e jour....	225	308	335	—
6e jour....	250	324	370	—
7e jour.. .	280	335	375	—
8e jour....	285	350	385	—
9e jour....	310	380	415	—
10e jour....	320	410	425	—

Ce sont ces quantités de lait que nous donnons aux débiles à la Clinique Tarnier : elles ont été confirmées par les relevés du Dr P. Planchon et, vous le verrez dans un instant, les résultats obtenus sont des plus encourageants.

Après le dixième jour, la quantité de lait à prendre peut être plus facilement indiquée. Il m'a semblé, ainsi que vous l'a dit tout à l'heure M. Dubrisay, qu'elle correspondait au cinquième ou à un peu plus du cinquième du poids de l'enfant.

Il suffit, pour obtenir ce chiffre, de retrancher du poids total le dernier zéro (c'est-à-dire de diviser par 10) et de multiplier par deux. Par exemple, pour un enfant pesant 2000 grammes on aura $2000 \times 2 = 400$; on donnera donc de 400 à 430 grammes de lait. Voici la courbe quotidienne d'un enfant qui se trouve actuellement dans notre service et qui pesait en naissant 1.320 grammes, on peut constater qu'elle est aussi régulièrement ascendante que celle d'un enfant à terme.

Vous voyez, Messieurs, qu'avec une surveillance attentive, avec une alimentation bien réglée, il est possible d'élever les enfants débiles. Cela nous est d'autant plus facile à l'hôpital que notre personnel est bien stylé et que nous trouvons dans la mère une collaboration précieuse. Lorsque le débile est trop faible pour

téter, nous mettons au sein de sa mère de gros enfants qui, par leur succion énergique, facilitent la montée laiteuse, pendant ce temps, le débile est alimenté par une nourrice qui lui donne le sein jusqu'à ce qu'il ait acquis une vigueur suffisante lui permettant de têter sa mère et d'entretenir chez elle la sécrétion lactée.

Comment peut-on agir dans la clientèle ? Si la mère est incapable d'allaiter, elle prend une nourrice mercenaire ; comme cette dernière, insuffisamment tétée par le débile, pourrait perdre son lait, elle devra conserver avec elle pendant plusieurs semaines son propre enfant.

Si au contraire la mère désire nourrir elle-même, que faut-il faire ? Si on met le débile au sein de sa mère qui vient d'accoucher, il est incapable de la téter, le lait ne monte pas ou est très peu abondant ; le mieux est alors de prendre chez soi, temporairement, une nourrice avec son enfant, en précisant bien dans quelles conditions elle y restera. Cette nourrice fournira son lait à l'enfant débile qui sera gavé, s'il est nécessaire, ou nourri au verre jusqu'au moment où il pourra téter. En même temps, elle nourrira son propre enfant, ce qui excitera et entretiendra chez elle la sécrétion lactée.

Quant à la mère du débile, elle met à son sein l'enfant de la nourrice ; on voit alors la lactation s'établir vite chez elle : le jour où l'enfant né débile devient capable de téter vigoureusement sa mère, qui lui fournit du lait en quantité suffisante, la nourrice mercenaire peut partir.

La mère est satisfaite, car elle est capable de remplir désormais son rôle ; la nourrice ne l'est pas moins, car elle est bien rémunérée pour avoir contribué à sauver un enfant né faible ; elle a de plus conservé avec elle son enfant bien portant, et comme elle a donné la preuve qu'elle est bonne nourrice, elle peut facilement trouver ailleurs une excellente place. Ajoutons que le médecin sera lui-même satisfait d'avoir obtenu un aussi bon résultat.

On ne doit pas oublier qu'en mettant un gros enfant au sein d'une femme chez qui la sécrétion lactée ne s'est pas établie ou s'est tarie, on peut espérer faire revenir le lait. Voici, à ce propos, le résumé d'une observation très suggestive.

Madame G..., primipare de 22 ans, accouche prématurément à 7 mois 1/2, le 28 octobre 1900, d'un enfant de 2.040 gr. qu'elle met dans un service de couveuses où il reste jusqu'au 14 novembre. A cette époque, après avoir eu sa descente initiale, il pesait 2,060 gr. Il fut alors rendu à sa mère qui, n'ayant rien dans ses seins, lui donna du lait stérilisé coupé d'eau bouillie. Bien qu'il n'en prît que 10 grammes par tétée, l'enfant eut dès le lendemain de la diarrhée et des vomissements et il dépérit rapidement. Un médecin consulté conseilla et une couveuse et une nourrice au sein. La mère, qui était pauvre, ne pouvait évidemment se pro-

curer ni couveuse, ni lait de femme. Un second médecin appelé cinq jours après donna les mêmes conseils.

La malade fut alors envoyée à la clinique Tarnier ; le 19 novembre, elle y amena son enfant, qui pesait alors 1.870 gr. ; il avait une diarrhée profuse et des garde-robes fétides. Il fut confié à une nourrice au sein. Au bout de quatre jours sa diarrhée avait disparu et il commençait à augmenter de poids.

Quant à la mère, qui était accouchée depuis trois semaines, elle avait des seins flasques. On la fit téter régulièrement toutes les deux heures par un gros enfant. Les premiers jours on ne put faire sortir que 5 grammes de lait, mais bientôt on en obtint 30, puis 35, puis 70 grammes. Bref, à la fin de la semaine, cette femme donnait 130 grammes.

Quand elle quitta l'hôpital, le 19 décembre, elle fournissait 950 gr. de lait dont 600 étaient pris par son enfant, qui avait une très belle courbe et avait atteint 2.660 grammes. Elle put continuer à l'allaiter.

Cet exemple montre bien qu'on ne doit jamais désespérer et qu'il est souvent possible d'obtenir le retour de la sécrétion lactée.

Mais, dira-t-on, que deviennent les enfants débiles ? Peut-on les élever aussi bien que ceux nés à terme ? Oui, quand ils sont élevés au sein par leur mère et qu'ils sortent en bon état de l'hôpital, pesant près de trois kilogrammes.

Voici les résultats que nous avons obtenus à la Clinique Tarnier.

A la Maternité, où l'on apportait souvent des prématurés mourants, nous avons compris dans les statistiques les enfants ayant vécu au moins 48 heures après leur entrée dans le service ; on avait par conséquent pu leur donner des soins pour essayer de les sauver. Nous avons fait de même à la Clinique d'accouchements, la statistique comprend les prématurés qui ont vécu 48 heures au moins après leur naissance.

En 1898, sur 148 enfants débiles, pesant moins de 2.500 gr. nous avons eu 16 décès : 10,8 % sont morts, 89,2 % sont sortis bien portants.

En 1899, sur 139 enfants, 25 ont succombé, soit une mortalité de 17,8 %. Cette proportion est moins favorable. Mais à cette époque nous n'avions pas de chambre nous permettant de mettre à part nos malades, et, par suite de la présence dans les salles de deux femmes atteintes d'angine, un certain nombre de débiles ont été infectés et sont morts. Depuis cette date, un service d'isolement a été organisé et nous n'avons pas tardé à en ressentir les bienfaits.

En 1900 sur 148 débiles, 11 sont morts, soit une proportion de 7,4 %.

En 1901, sur 118 débiles, 5 sont morts, ce qui donne une mortalité 4,2 %.

C'est là un chiffre très heureux et que nous ne comptons guère retrouver.

Quoiqu'il en soit, si nous faisons la statistique globale des quatre années, nous arrivons aux résultats suivants : Enfants vivants 90 % ; enfants morts 10 %. Ce sont là, vous l'avouerez, des résultats bien encourageants, surtout si l'on songe que, parmi les prématurés, beaucoup naissent avec une tare pathologique.

Et je ne suis pas le seul à obtenir des résultats satisfaisants ; ceux de mon collègue et ami Maygrier le sont tout autant, ainsi que cela ressort de la statistique qu'il a publiée tout dernièrement.

Du 1er janvier 1895 au 1er mars 1898, il dirigea le service d'accouchement de Lariboisière.

Pendant cette période, il a eu 567 enfants débiles ; la mortalité a été de 110, soit de 19,80 p. 100.

En 1898, il passe à la Charité : la proportion de mortalité a été, cette année-là, non plus de 19,80 mais de 11,75 p. 100 ; en 1899, elle a été de 15,73; en 1900, de 7,07; et enfin, en 1901, jusqu'au 15 novembre, elle était de 4,17. Et M. Maygrier écrit :

« Ces derniers chiffres, 7,07 p. 100 et 4,17 p. 100 ne sont pas dus seulement aux hasards d'une heureuse série ; je les attribue pour une grande part à notre connaissance plus parfaite des soins que réclament les prématurés et à la surveillance active dont ils sont l'objet dans mon service de la part d'un personnel bien dressé et dévoué ».

Que deviennent ces enfants après leur sortie de l'hôpital ? Je puis vous le dire pour un certain nombre d'entre eux que j'ai suivis ; 66 ont fréquenté ma consultation de nourrissons, un seul, dont le poids était à sa naissance de 2.050 grammes, est mort à trois mois et demi de broncho-pneumonie : il pesait alors 4,350 grammes. Et si on voit ces enfants au milieu des autres, il est souvent difficile de reconnaître en eux des prématurés.

Quand l'enfant a été élevé au sein, il arrive un moment où sa mère ne fournit plus assez et où on est obligé de suppléer à cette insuffisance. Il est difficile de déterminer exactement quelle quantité de lait stérilisé devra être ajoutée. C'est généralement la courbe de l'enfant qui, dans ce cas, sert de guide. Si le nourrisson reste stationnaire, s'il ne présente ni évolution dentaire ni état pathologique quelconque, s'il se réveille souvent la nuit, si, d'autre part, les seins de la mère sont flasques, si la pression n'en fait sortir que peu de liquide, et si, faisant peser l'enfant avant et après chaque tétée, on constate que la quantité absorbée par lui est insuffisante, nous ajoutons du lait stérilisé. Nous ne donnons que ce qui est nécessaire pour compléter l'alimentation, car nous tenons à ce que l'enfant prenne dans le sein de sa mère tout ce qu'il peut y trouver.

Quelle quantité de lait stérilisé faut-il ajouter au lait maternel ? Ici encore nous procédons par tâtonnements en nous laissant guider par la courbe, nous ajoutons 1, 2 ou 3 bouteilles de 30, 40 ou 50 grammes selon les cas, et lorsque cette quantité devient insuffisante, nous l'augmentons petit à petit. Les courbes que nous avons publiées en 1900 (1) sont très nettes à cet égard.

Naguère, nous remplacions une tétée au sein par un repas au biberon. Mais il nous a semblé que cette manière de procéder pouvait avoir quelques inconvénients ; en laissant les glandes mammaires se reposer pendant quatre et six heures, on n'excite pas suffisamment leur fonction ; c'est pour cette raison que nous préférons continuer à mettre l'enfant régulièrement au sein et compléter la tétée avec du lait stérilisé.

Il me reste à vous dire quelques mots de l'allaitement artificiel. Je n'y ai personnellement recours que s'il m'est impossible de faire autrement, par exemple lorsque la mère a de l'agalactie absolue, primitive ou consécutive à une affection du sein, lorsque l'enfant présente un bec-de-lièvre compliqué, etc. —Permettez que je vous donne incidemment un renseignement pratique. Quand, par suite de la malformation buccale, la succion est absolument impossible pour l'enfant, je me sers d'une grosse tétine fendue à son extrémité, cette tétine est placée sur une grosse bouteille remplie de lait qu'en incline et dont on élève le fond. Le lait descend alors et remplit la tétine. La moindre pression exercée sur elle par le rapprochement des gencives détermine le jet d'une petite quantité de lait dans la bouche de l'enfant qui n'a plus qu'à faire un mouvement de déglutition.

L'allaitement artificiel, pendant les premières semaines et les premiers mois de la vie, est celui sur lequel je suis le moins renseigné, puisque presque toutes les femmes de notre consultation de nourrissons élèvent leurs enfants au sein ; je n'ai donc à ce sujet qu'une expérience personnelle peu documentée. D'après ce que j'ai appris d'un certain nombre de confrères, d'après ce que j'ai lu, d'après ce que j'ai vu, il est souvent difficile d'obtenir, avec l'allaitement artificiel, de bons résultats pendant les premiers temps qui suivent la naissance. Ce qu'il faut craindre surtout, c'est la suralimentation, car elle est très habituelle. Mieux vaut cependant faire prendre en commençant moins que trop. Il est un point sur lequel j'insiste constamment, c'est celui-ci : l'enfant qui ne boit pas assez de lait peut ne pas augmenter, il peut même diminuer, mais il n'a pas de troubles digestifs ; dès qu'en lui donnant plus, on arrive à la quantité nécessaire, on le voit rapidement s'accroître.

Cette quantité une fois déterminée, on ne la modifiera que s'il est absolument prouvé qu'il faut le faire.

Il est une question très controversée à l'heure actuelle, c'est la suivante : faut-il faire usage de lait stérilisé à la maison ou à l'hô-

(1) *Le Nourrisson* : voyez fig. 89 et 90, p. 223 et 225.

pital? Doit-on préférer le lait stérilisé du commerce ou le lait dit de conserve?

J'emploie le premier, d'autres ne veulent accepter que le second: quel parti prendre?

Dans mes différentes publications, je n'ai jamais conseillé l'un de ces laits à l'exclusion de l'autre. Dans le rapport fait à la commission des crèches, par exemple, j'ai écrit: « Quand l'enfant n'est pas nourri au sein, c'est du lait stérilisé qui doit lui être donné, que ce lait soit stérilisé en petites bouteilles ou qu'il ait été stérilisé industriellement ». Dans ma *Pratique des accouchements à l'usage des sages-femmes*, j'ai indiqué et la manière de stériliser le lait à domicile et celle d'utiliser le lait du commerce. Je suis donc très à mon aise pour parler de ces deux laits. Au début, à la Charité, en 1891, j'ai fait usage de lait de conserve, mais à la suite de quelques accidents graves, j'ai pris le parti de faire stériliser le lait à l'hôpital, suivant le procédé de Soxhlet.

Quand il a été laissé pendant quarante-cinq minutes dans l'eau bouillante, ses microbes pathogènes sont détruits ; par prudence, il doit être utilisé pendant les vingt-quatre heures qui suivent et il a un goût généralement agréable. Comme il se trouve dans des petites bouteilles, qui ne contiennent que la quantité nécessaire pour une tétée, on évite très facilement la suralimentation et pour chaque repas et pour toute la journée.

Mais ce lait, dit-on, contient des toxines ; n'ayant pas été stérilisé immédiatement après la traite, les microbes qu'il renfermait ont produit des toxines qui, restées dans le lait, sont très dangereuses pour les enfants. Au début, en 1892, et en 1893, je n'étais pas sans avoir quelques inquiétudes, mais comme jamais je n'ai vu d'accidents survenir avec le lait bien préparé et, comme voilà dix années que j'en fais usage, je me demande si les craintes exprimées sont réellement justifiées. Personne n'a jamais isolé ces toxines ; ne seraient-elles pas détruites par la chaleur ? Théoriquement, l'hypothèse des toxines dans le lait stérilisé peut être formulée, mais pratiquement leur présence et leur action nuisible n'ont pas été démontrées.

Le lait stérilisé du commerce ou lait de conserve ne contiendrait pas, lui, de ces toxines, parce qu'il a dû être stérilisé aussitôt après la traite, ce qui n'est pas toujours fait; en tout cas pour ce lait, comme pour le précédent, la chaleur a pu les détruire.

Il faut toujours goûter ce lait quand on l'emploie, car une bouteille peut être altérée ; il y a eu des accidents, mais il faut bien savoir que, grâce au perfectionnement des procédés industriels, les altérations deviennent de plus en plus rares, exceptionnelles.

Au bout d'un certain temps, le goût du lait de conserve se modifie, mais cela n'a pas d'inconvénient pour les nourrissons qui le prennent très bien. Il serait bon que la date de stérilisation fût toujours marquée sur le bouchon.

Le lait de conserve est généralement contenu dans de grandes bouteilles ; il est plus difficile, dans ces conditions, d'obtenir des mères et des nourrices qu'elles ne donnent qu'une quantité nettement déterminée pour chaque tétée ; on évite donc moins aisément la suralimentation.

Au bout d'un certain temps, il se forme à la partie supérieure des bouteilles, des masses solides qui contiennent des substances grasses ; il faut chauffer, pour les faire fondre ; du beurre liquide surnage alors qui peut déterminer des troubles digestifs.

Enfin quand une bouteille est ouverte, on doit, surtout pendant l'été, éviter de la laisser trop longtemps en vidange. Chacun de ces laits, lait stérilisé à domicile, lait stérilisé du commerce ou de conserve, a donc ses avantages et ses inconvénients.

Le lait pur, nôn stérilisé, vendu au public est généralement déclaré de mauvaise qualité. Cela est loin d'être exact ; dans les villages et petites villes, il est bon. Celui qui est livré aux hôpitaux de Paris et qui a été pasteurisé après la traite contient de 37 à 38 grammes de beurre par litre. Enfin depuis la campagne qui a été récemment faite, nous voyons des femmes de notre consultation de nourrissons nous apporter du lait qu'elles achètent dans leur quartier ; nous en faisons faire l'analyse et il est presque toujours de bonne qualité.

La stérilisation à domicile est simple à pratiquer, quoi qu'on en ait dit ; vous voyez par vous-mêmes ce qui se passe dans les familles aisées ; quant aux femmes du peuple, qui habitent loin de notre hôpital, nous les voyons stériliser leur lait avec grand succès.

Cependant, pour les collectivités, dans les crèches, dans les hôpitaux, l'usage du lait de conserve est plus facile et les bouteilles ne restent pas en vidange. De même dans les consultations où les enfants allaités artificiellement sont très nombreux, les petites bouteilles délivrées en nombre égal aux tétées pour chaque enfant nécessiteraient un travail de préparation très compliqué.

Personnellement, j'ai du bon lait à l'hôpital, et je ne vois jamais survenir d'accidents ; je puis, grâce aux petites bouteilles, donner juste ce qu'il faut aux enfants, et de la sorte éviter toute suralimentation. J'obtiens donc des observations très exactes qui ont la valeur de véritables expériences, et cela me paraît très important au point de vue des recherches scientifiques. J'ai les courbes de nos enfants et rien n'est plus facile que d'indiquer sur elles les quantités de lait qui ont été prises. Puisque j'ai de la sorte des résultats parfaits, je conserve ma manière de faire et je la recommande.

Un dernier mot, Messieurs. Il était tout à l'heure question du sevrage et de l'alimentation de l'enfant pendant la seconde année. Je puis conserver mes nourrissons durant vingt-quatre mois, et pendant tout ce temps je ne leur permets que du lait et des soupes faites avec du lait et des farines. Je ne conseille même pas les

œufs, voici pourquoi : quelques enfants ne les supportent pas ; les œufs, à Paris, coûtent cher aux femmes du peuple qui sont pauvres et souvent, l'hiver, ils sont anciens et de mauvaise qualité. Je me garderai bien de critiquer la conduite tenue par d'autres médecins, mais pour les raisons particulières que je viens d'indiquer, je ne donne que du lait et des soupes au lait, et je vois nos enfants s'en trouver admirablement.

INFLUENCE DE LA MENSTRUATION DE LA NOURRICE SUR L'ENFANT QU'ELLE ALLAITE. (Charles Roches)

Tout d'abord, le nombre des nourrices menstruées est considérable puisque, d'après diverses statistiques, il dépasse 41 p. 100. Les observations montrent ensuite que, la plupart du temps, l'enfant reçoit le contre-coup de la période menstruelle, mais qu'il réagit de façons très différentes. La plupart du temps, il présente une diminution de poids qui ne s'accompagne d'aucun autre phénomène. Quelquefois il y a augmentation de poids et cela dans des proportions considérables : mais cette augmentation est souvent le prélude d'une diminution et cela grâce à des troubles digestifs qui peuvent se produire.

Ces troubles digestifs sont un des modes de réaction de l'enfant. Au moment d'une période menstruelle, un enfant est pris de vomissements, un autre a des selles grumeleuses, mal liées, quelques-uns enfin des selles verdâtres, liquides, une véritable diarrhée capable d'irriter les téguments et de déterminer de l'érythème fessier. Ce sont ces faits qui, par leur brusquerie et leur ressemblance avec une intoxication, ont mis dans l'esprit du public la croyance que les règles viciaient le lait de la mère, et que continuer l'allaitement dans ces conditions équivalait à empoisonner l'enfant. Mais l'on a fait justice de ces erreurs, et la majorité des auteurs ne croit plus aux dangers graves du lait des nourrices menstruées.

Dans d'autres cas, la menstruation semble retentir, non plus sur la santé, mais sur l'humeur du nourrisson, et l'on voit des enfants, habituellement doux et paisibles, devenir grognons et agités au moment du retour de la menstruation chez leur mère, sans qu'un examen attentif puisse expliquer d'une autre manière le changement de leur caractère.

Quelques-uns présentent des lésions eczémateuses : peut-être surtout ceux qui sont prédisposés et ont souffert d'une atteinte antérieure.

Il est à noter aussi que la diminution du poids qui se produit alors est permanente, en ce sens qu'à partir de la première menstruation, le lait diminue de quantité d'une façon définitive et il faut alors ajouter à l'alimentation un peu de lait stérilisé qui per-

met à la courbe de se rétablir régulièrement. Bien souvent, d'ailleurs, ce n'est pas à la première menstruation que se font ces modicafitions, mais à la seconde ou à la troisième.

Dans ces conditions, quelle est la conduite à tenir vis-à-vis de la nourrice dont la menstruation est rétablie ? Les accidents étant presque toujours passagers, il est inutile d'instituer une médication quelconque. Mais comme, en somme, il y a presque toujours à ce moment une diminution de poids, il est bon de prévenir le fléchissement par l'addition du régime stérilisé. Les recherches cliniques qu'a entreprises M. Roche paraissent montrer qu'au moment des règles la composition du lait se modifie et que sa teneur en beurre augmente sensiblement, ce qui est peut-être l'origine des troubles digestifs. Mais, de ce côté, il n'y a naturellement rien à faire. (*Thèse de Paris*, *inspirée par Budin*).

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE D'URINE CHEZ L'ENFANT

(Dr Bienfait).

Ne pas faire boire l'enfant après 5 heures du soir, le faire uriner avant de le mettre au lit, l'éveiller plusieurs fois la nuit pour lui faire vider sa vessie. On ajoute ordinairement à toutes ces précautions une somme suffisante d'admonestations et de réprimandes.

La thérapeutique médicamenteuse est comprise de façon parfois contradictoire, suivant que les auteurs veulent atteindre la vessie ou le sphincter.

Trousseau a institué le premier le traitement par la belladone ; pour les cas où l'irritabilité vésicale est trop forte, il donnait tout d'abord une pilule de 1 centigramme d'extrait de belladone le soir pendant plusieurs jours, puis il augmentait petit à petit, en en donnant 2, puis 3 et plus encore. Il continuait un certain temps après la guérison afin de la maintenir, si aucun symptôme d'intolérance n'existait. C'est pour atteindre au même résultat que l'on donne des potions bromurées.

Dans les cas de parésie sphinctérielle, on prescrit le sulfate de strychnine de 5 milligrammes à 3 centigrammes.

Quelques médecins emploient la teinture de rhus aromaticus toxicodendron (écorces en feuilles 2 grammes, alcool à 80° 8 grammes) à la dose de X à LX gouttes par jour. Sur 6 cas, Descroizelles a obtenu une fois une guérison complète, une fois une disparition temporaire, et une fois une légère amélioration ; dans les trois autres cas, il n'y a eu aucun bénéfice. Sur quel élément agit cette teinture ? Je l'ignore.

L'électrothérapie sous ses différentes formes donne des résul-

tats dans beaucoup de cas. On emploie le courant faradique, le courant galvanique et le courant statique de Morton.

Lorsqu'il s'agit de spasme, on emploie la galvanisation, le pôle positif appliqué sur le périnée ou la vulve ; on ne fait aucune interruption brusque du courant, on l'amène au maximum supportable au moyen d'un rhéostat et on le fait diminuer progressivement par le même procédé. On a ainsi l'avantage d'appliquer une action calmante dans le voisinage immédiat du sphincter et d'attirer l'attention du malade sur son appareil urinaire, ce qui est précieux lorsqu'il s'agit d'une contracture hystérique.

Les autres procédés sont employés dans le cas de parésie ; ils réussissent souvent très bien.

Les incontinences peu prononcées sont parfois guéries en une seule séance, les incontinences plus sérieuses demandent une huitaine de jours, d'autres veulent un traitement prolongé.

Nous avons soigné par l'électrothérapie une douzaine de malades âgés de 5 à 20 ans ; nous n'avons pas suivi le système de Guyon qui consiste à se servir d'une sonde spéciale pour électriser directement le sphincter parce que cette manière de faire est très difficile à employer, sans aide, chez des enfants apeurés et remuants. Nous avons toujours usé de l'électrode périnéale.

TRAITEMENT DE LA NÉPHRITE SCARLATINEUSE

(Ziemssen.)

Il faut d'abord être persuadé de ce fait essentiel que les glandes enflammées ne doivent pas être excitées dans leurs fonctions. Mais à côté des reins, nous pouvons faire fonctionner énergiquement la peau. En excitant sa sécrétion, nous pouvons éliminer non seulement l'eau, mais les matières excrémentitielles de l'urine.

De toutes les méthodes diaphorétiques, celle qui est le plus recommandable dans le cas de néphrites graves est le *bain chaud* suivi d'enveloppement dans des couvertures de laine.

Ziemssen déclare qu'une longue expérience lui a permis de recommander chaleureusement l'emploi des bains chauds ou des bains chauffés d'une façon régulièrement progressive.

L'échauffement du bain se fait d'après la méthode de Liebermeister, laquelle consiste à échauffer l'eau du bain en y versant de l'eau chaude pendant que le malade y est plongé, de façon à atteindre 38° et même 41° et 42° C. On fait suivre le bain d'un enveloppement dans une couverture de laine. La durée du bain doit être d'une demi-heure à une heure ; l'enveloppement dans la couverture de laine doit être prolongé pendant une ou deux heures, car c'est seulement alors que la transpiration devient profuse.

Une expérience de vingt années, dit Ziemssen, me permet de considérer la méthode de Liebermeister comme la meilleure dans

les diverses formes d'hydropisie rénale. Elle s'applique surtout aux personnes qui ne peuvent s'asseoir et qui ne peuvent prendre, pour un temps assez prolongé, que la position *horizontale*.

Il faut noter que le bain chaud administré tous les jours ne produit souvent qu'une sudation insignifiante le premier et le deuxième jour, tandis que, le troisième jour, la transpiration devient très abondante.

Les cas graves de néphrite, ceux qui s'accompagnent d'anurie et font craindre l'apparition d'accidents urémiques, comportent l'emploi de la *pilocarpine* en sus des bains chauds. On administrera également du vin de Champagne et des eaux gazeuses, dans du lait, dans la proportion de 1 : 2, comme boisson. Dans tout le cours de la néphrite scarlatineuse, le lait est d'ailleurs excellent, tant comme aliment que comme médicament.

Comme médicament interne, la *digitale* occupe le premier rang ; on peut y ajouter l'*acétate de potasse ou d'ammoniaque*.

S'il n'existe pas un état urémique, on fera bien de s'abstenir de toute médication.

Il va de soi que, pendant la convalescence, alors que les troubles de la sécrétion urinaire et spécialement l'albuminurie ont cessé, il faut éviter avec le plus grand soin tout ce qui peut amener une excitation du rein : l'alcool, les vésicatoires et le refroidissement. Si les circonstances le permettent, il faut conseiller de porter de la laine à la peau, et le séjour d'un climat chaud, pendant les saisons rigoureuses.

TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ PAR LE NITRATE DE PLOMB.

(Ch. Blanc.)

L'ongle incarné est presque toujours une affection de l'adolescence. La chaussure mal adaptée à la forme du pied en est la cause occasionnelle principale ; mais, il faut tenir compte d'un certain nombre d'états constitutionnels prédisposants ; lymphatisme ; diabète (Velpeau). Les symptômes peuvent être classés, avec M. Nicaise, en trois périodes : douleur ; ulcération ; fongosités. Le diagnostic en est surtout à faire avec : l'onyxis syphilitique ; l'onyxis scrofuleux ; l'onyxis trophique. Il faut tenir grand compte au point de vue du pronostic : de l'âge du sujet ; de sa situation sociale. Au point de vue thérapeutique, deux modes de traitements restent en présence : la méthode sanglante et les applications caustiques.

On aura recours à la première méthode dans les cas graves récidivants avec décollements étendus, surtout, si la situation sociale du malade lui permet un repos assez prolongé.

Au contraire, les applications caustiques sont indiquées dans

les cas ordinaires avec fongosités, bourrelet exubérant, chez les malades pauvres qui ne peuvent interrompre le cours de leurs travaux.

Le caustique qui a donné les meilleurs résultats est le nitrate de plomb.

Voici la technique de cette dernière méthode.

Il faut préparer pour l'opération :
1° Du nitrate de plomb très sec et finement pulvérisé.
2° Une spatule métallique plate.
3° De l'ouate non hydrophile.
4° De la tarlatane à pansement.

Le sujet aura soin, dans les jours qui précèdent la première application, de prendre des bains de pied prolongés qui réalisent un double but : nettoyage mécanique de l'extrémité de l'orteil, ramollissement des tissus bourgeonnants.

Voici comment le professeur Monprofit (d'Angers) conseille de pratiquer l'application du nitrate de plomb :

« Avec une spatule très plate, on glisse entre l'ongle et le bourrelet fongueux, jusqu'au fond de la gouttière péri-unguéale, une mince couche d'ouate, suffisamment large pour recouvrir par sa partie libre toute la partie saine de l'ongle. On prépare, en la roulant entre les doigts, une petite mèche d'ouate que l'on glisse parallèlement à la rainure ainsi disposée ; dans le fond formé par le bourrelet fongueux, on met le nitrate de plomb régulièrement tassé, et on le recouvre de l'ouate qui recouvre l'ongle. On met à nouveau une couche d'ouate et on maintient le pansement avec une bande de gaze humide. Le pansement est renouvelé le lendemain et les jours suivants jusqu'à ce que les parties sanieuses soient supprimées, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on puisse voir nettement le bord incarné de l'ongle. Trois ou quatre pansements sont généralement suffisants ; alors, laissant d'un côté le nitrate de plomb, patiemment, en une ou deux séances, on relève le bord avec un peu d'ouate glissé dessous. On fait un pansement sec qu'on continue jusqu'à guérison. L'ongle croîtra par dessus les chairs qui sont comme tannées et parcheminées ; il aura repris son chemin normal et le malade sera guéri.

« Avec ce traitement patiemment suivi, aucun ongle incarné vulgaire ne résiste ; s'il y a récidive, ce qui est possible, bien que rare, on recommence le traitement dès le début. Ce procédé a l'avantage d'être peu coûteux, facile à appliquer sans obliger le malade au repos absolu, peu douloureux et presque infaillible. »

En se conformant rigoureusement à cette indication, M. Ch. Blanc a guéri 19 malades sur 19 tentatives et la durée du traitement a oscillé entre 1 et 15 jours, soit environ 8 jours en moyenne.

TRAITEMENT DE L'ANGINE OU PHARINGITE GRANULEUSE.

(J. MOURE.)

Il faut considérer la pharyngite idiopathique comme rare et n'attribuer d'importance aux granulations constatées que lorsqu'elles existent dans les points exposés à des frottements à peu près constants. Dans ces cas seulement, il y a lieu d'instituer le traitement local que je vais indiquer. Ce dernier devra s'adresser d'abord à la cause première qui a pu produire la lésion ; c'est donc souvent du côté des fosses nasales, de l'arrière-nez, des sinus de la face ou de la base de la langue, qu'il conviendra d'appliquer la médication appropriée. S'il y a concomitance de catarrhe naso-pharyngien par adénoïdite chronique et de pharyngite inflammatoire, le mieux est encore de racler les granulations du naso-pharynx avec la curette naso-pharyngienne, après anesthésie cocaïnique de la muqueuse ou anesthésie générale au bromure d'éthyle.

Si ce moyen, un peu radical et sanglant, répugnait au malade ou à l'opérateur, le badigeonnage des parties hypertrophiées de la muqueuse avec une solution aqueuse iodo-iodurée au 1/5e, telle que la recommandait autrefois Ruault, constituerait encore une excellente méthode thérapeutique. On doit ensuite faire rincer la bouche au malade avec une solution alcaline (boratée ou bicarboratée ou simplement salée) aromatisée avec un peu d'alcool de menthe et sucrée à la glycérine.

Dans d'autres cas, c'est à l'ignipuncture galvanique que l'on doit donner la préférence ; mais il faut bien se garder d'enfoncer trop profondément le cautère plat, de manière à ne pas produire de synéchies cicatricielles qui, faisant adhérer la muqueuse pharyngienne à la paroi postérieure, gênent ensuite le malade plus que les granulations dont il était porteur.

Pendant les poussées inflammatoires, quelques bains de gorges alcalins, les gargarismes bora-bromurex, avec ou sans cocaïne, suffisent pour amener une amélioration passagère ou définitive, suivant les cas.

Contre les formes chroniques, j'ai employé avec avantage pour mes malades les badigeonnages de l'arrière-gorge une fois ou deux par semaine, faits avec la solution suivante :

Iode métal......................	25 centigrammes.
Iodure de potassium...............	30 —
Laudanum de Sydenham..........	3 grammes.
Glycérine pure....................	120 —

Le malade peut encore utiliser ce liquide pour se gargariser ou se baigner la gorge, en mettant une cuillerée à café de ce topique dans un demi-verre ou un verre d'eau tiède, suivant sa susceptibilité.

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE OBSTÉTRICALE DU BRAS CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

(Dr DAUCHEZ.)

Les paralysies obstétricales sont traumatiques ou spontanées. — A. *Traumatiques* (compression du plexus brachial par le même instrument). Tiraillements trop violents des membres pendant la version.

B. *Spontanées* : Compression du facial sur l'angle sacro-vertébral (bassin rétréci). — Extension forcée du cou (présentation de la face). Circulaires serrées du cordon.

Diagnostic différentiel avec la pseudoparalysie syphilitique : Rechercher la syphilis de l'enfant. La pseudo-paralysie apparaît quelques jours ou quelques semaines après les naissances. — Décollement des épiphyses. — Douleurs vives à la pression du point épiphysaire décollé ou fracturé. — Conservation du mouvement dans les segments voisins des membres.

Traitement des paralysies obstétricales : Ces paralysies sont en général bénignes et rapidement curables, si elles sont prises au début. Passé le 13e jour, ces paralysies non traitées peuvent persister *lorsqu'il y a des lésions osseuses* concomitantes de celles des plexus nerveux, dans la version surtout.

Au contraire les paralysies congénitales (malformation cérébrale) sont incurables.

1° Dès le début de la paralysie, on pratiquera des affusions chaudes ou des douches locales avec 5 ou 6 litres d'eau très chaude (45 à 50°) versée à l'aide d'un broc sur le membre malade qui sera massé en même temps que la douche. — Ajouter à l'eau chaude de la douche :

Mixture.

Vinaigre aromatique	100 gr.
Teinture d'arnica	30 »
— de noix vomique	6 »
— de cannelle	15 »

(Usage externe.)

2° Après la douche, enveloppement du membre avec une feuille d'ouate cardée après onction avec la pommade suivante :

Gaïacol synthétique cristallisé	0 gr. 30
Teinture d'iode fraîche et non acide	3 »
Axonge benzoïnée	àâ 15 »
Lanoline	

(Usage externe.)

3° Massage et électrothérapie. — Séances de faradisation de 5 minutes tous les 2 jours au moins, courants faradiques faibles aux deux pôles des muscles atteints. — Ne jamais appliquer les électrodes sur les faisceaux nerveux correspondant aux membres atteints, ni sur les centres nerveux.

MÉDICATIONS NOUVELLES

se rattachant à la gynécologie et à la pédiatrie.

—

Le retinol et la colophane dans le traitement de la vaginite. (BALZER et CHEVALET.) — Désigné commercialement quelquefois sous le nom de *rosinol*, cet hydrocarbure liquide est obtenu par la distillation sèche de la colophane avec d'autres hydrocarbures : le rétinaphte, le rétinyle et la métaphthaline. Le retinol a été employé en Amérique dans le traitement de la gonorrhée sous la forme de capsules, et dans le pansement des brûlures et des métrites. Déposé à la surface d'un corps, il forme une couche vernissante assez adhérente. Il participe aux propriétés antiseptiques des autres balsamiques, et il offre l'avantage de dissoudre un grand nombre de substances actives. A l'hôpital de Lourcine, nous l'avons employé déjà à titre d'excipient avec l'huile de cade, le salol ou le naphtol camphré, le baume de Pérou, etc..

Introduit à l'état pur dans le vagin, il recouvre la surface d'un enduit aseptique. Depuis cinq mois, quarante malades, atteintes de vaginite à des degrés divers, ont été traitées par les tampons imbibés de retinol. Ces tampons sont parfaitement tolérés, sans cuisson, ni douleur, ni irritation quelconque. Sans être supérieurs d'une manière habituelle aux tampons imbibés avec une autre substance antiseptique, ils ont quelquefois cependant mieux réussi, notamment dans un cas où la vaginite s'accompagnait de végétations sans cesse renaissantes malgré le raclage et tapissant presque toute la surface du vagin et du col.

Nous avons essayé d'obtenir avec le retinol une masse que l'on pourrait rouler en ovules, de manière à permettre aux malades de se traiter facilement au dehors. Nos premières tentatives, faites avec le concours de M. Gasselin, interne en pharmacie du service, ne nous ont pas encore donné des résultats tout à fait satisfaisants. Mélangé à saturation avec la colophane elle-même, le retinol donne une masse facilement liquéfiable dans l'intérieur du vagin, mais qui se solidifie à la vulve et agglutine les lèvres et les poils. En ajoutant en quantité suffisante au mélange de retinol et de colophane, de la poudre de tan ou de feuilles de chêne, on obtient une masse qui se roule facilement en ovules et qui peut être employée pour les pansements rares faits seulement tous les quatre ou cinq jours. Pour les pansements quotidiens le mélange qui nous a paru le meilleur est celui du retinol avec la colophane et le borate de soude. Ce mélange donne des ovules qui se liquéfient très bien et que les injections entraînent beaucoup plus facilement que le mélange avec des poudres astringentes ; mais le borate de soude a l'inconvénient de déterminer une cuisson assez vive à la vulve quand il y a des érosions.

Le retinol a l'avantage de n'être pas irritant, de pouvoir être manié sans danger à l'état pur et de ne pas coûter cher, ce qui est à considérer pour un médicament destiné à combattre la blennorrhagie.

Le Tannigène contre la diarrhée. — Le tannigène est un dérivé acétique du tannin. Il se présente sous les dehors d'une poudre blanche sans odeur et sans saveur, à peine hygroscopique. Elle est insoluble dans l'eau froide, à peine soluble dans l'eau chaude, mais se dissolvant assez facilement dans les liquides alcalins, tels que les solutions de phosphate, de carbonate et de borate de soude. Bouilli avec ces solutions ou laissé en contact avec elles pendant plusieurs jours, le tannigène se décompose en acide acétique et en acide gallique.

Le tannigène traverse l'estomac sans y subir aucune modification, sans troubles de fonctions et ne se dissout qu'au niveau de l'intestin sous l'influence de la sécrétion intestinale alcaline ; là, il se décompose et le tannin est mis en liberté.

Le tannigène est le médicament de choix dans les diarrhées estivales, dans les diarrhées aiguës des adultes et diarrhées infantiles. Il a fait ses preuves dans les entérites, forme aiguë ou chronique, dans les diarrhées des phtisiques, ainsi que dans celles à la suite de pneumonie, typhus et autres maladies infectieuses. Son action est incontestable dans les dysenteries, surtout au début de la maladie et il donne d'excellents résultats dans les diarrhées des enfants rachitiques.

Dans les cas d'irritation intestinale ou lorsque la diarrhée a une origine nerveuse, le tannigène, bien que très

utile, ne suffit pas pour amener la guérison.

Le tannigène se prend en cachets à la dose de 3 à 4 grammes par jour chez l'adulte. Chez l'enfant on donne des cachets de 0 gr.10 à 0,30 répétés 3 ou 4 fois dans les 24 heures.

L'acide trichloracétique comme astringent et caustique.— Ehrmann a employé cet agent dans le traitement des maladies du nez et de la gorge. Il frictionne les parties affectées avec un cristal de l'acide. Il se forme une croûte blanche localisée qui se détache rapidement. Pas de réaction inflammatoire dans le voisinage ni phénomènes secondaires fâcheux. Dans les 140 cas sus-énumérés, 87 ne furent cautérisés qu'une seule fois, 30 deux fois, et les cas restants 3-5 fois. Guérison persistante dans 122 cas. Ehrmann s'est assuré que parmi les caustiques l'acide trichloracétique occupe le premier rang pour le traitement des maladies du nez et de l'arrière-bouche.

L'acide trichloracétique peut aussi être employé avec avantage comme astringent. Voici la formule recommandée par l'auteur.

Iode pur............	15	gram.
Iodure de potassium.	20	—
Acide trichloracétique	15 à 30	—
Glycérine...........	30	—

M. D. S.— Badigonnages à appliquer sur les parties malades avec un tampon d'ouate.

Le goût de cette solution n'est pas désagréable ; elle est suivie d'une sensation de cuisson insignifiante. L'auteur s'est servi de cette solution dans 1 cas d'amygdalite folliculaire (guérison après 3 badigeonnages), 2 cas d'ozène (échec complet), 14 cas de pharyngite chronique diffuse (8 guérisons, 6 notablement améliorés) et 13 cas de pharyngite sèche (2 guérisons) ; 5 notablement améliorés, 4 échecs, 2 résultats inconnus.

L'Hypnopyrine : nouvel analgésique, Bolognesi et Charpentier.— L'Hypnopyrine est un dérivé chloré de la quinine se présentant sous forme de longues aiguilles prismatiques d'un blanc nacré de saveur amère et d'odeur légèrement chlorée : soluble dans 8 fois son poids, très soluble dans l'eau bouillante et l'alcool, elle est insoluble dans l'éther et le chloroforme. Les acides minéraux la dissolvent facilement sans donner de coloration même à l'ébullition; les alcalis la décomposent.

Au point de vue thérapeutique, l'Hypnopyrine est à la fois analgésique; hypnotique, et antithermique amenant la sédation de la douleur et l'hypnose sans produire de sueurs, profuses ni de collapsus comme les analgésiques de la série aromatique.

Comme elle est faiblement antithermique puisqu'elle n'abaisse la température que de 1/2 à 1 degré, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme, elle a l'avantage de ne pas ralentir les oxydations, la fièvre étant, comme l'on sait, une des meilleures défenses de l'organisme.

Elle a produit d'excellents résultats dans les pyrexies infectieuses comme la grippe, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, les angines, les fièvres pernicieuses à caractère hyperesthésique : dans les céphalalgies, les rhumatismes, etc.. Inoffensive pour l'estomac, elle produit un effet tonique et apéritif comme la quinine sans irriter le tube digestif. On l'administre sous forme de cachets de 25 à 50 centigr., de pilules de 0,10 à 0,20 cent., de suppositoires. La dose des 24 heures étant de 1 à 2 gr. pour l'adulte. L'Hypnopyrine est d'une innocuité absolue (Soc. de thérapeutique, 25 juin 1902).

Traitement de la blennorrhagie par l'hermophényl.— M. Boudin a communiqué à la Société des Sciences médicales de Lyon (séance du 16 avril 1902) une série d'observations des plus concluantes.

L'auteur a observé un grand nombre de cas ; voici comment il conseille d'employer ce nouveau médicament.

La solution à 1/250 paraît suffisante ; à 1/200 elle a amené quelquefois des sensations de brûlure dans le canal, ce qui ne s'est jamais produit avec la solution avec 1/250.

Les douleurs ont été très atténuées et ont même cessé au bout de 24 heures.

Les malades ressentent seulement une sensation de démangeaison dans le canal.

L'écoulement s'est aussi très vite tari. Il est surtout peu abondant si le malade a le soin de prendre la nuit une injection.

Lorsque la période inflammatoire est passée, c'est-à-dire au bout de 6 à 8 jours, le malade commence à prendre du santal. On fait alors diminuer peu à peu le nombre des injections. A ce moment, le canal est humide, mais ne laisse plus sortir de pus.

Le traitement semble plus actif lorsque le malade n'a encore pris aucun médicament. Une rechute de chaudepisse est moins facilement guérie qu'une blennorrhagie qui n'a pas encore été traitée.

En somme, avec l'hermophényl, on peut guérir une chaudepisse en 8 ou 15 jours.

De l'apomorphine contre les attaques d'hystérie, d'hystéro-épilepsie et d'épilepsie. Faucher, de Québec, conseille dans les cas énoncés ci-dessus, une injection sous-cutanée de 0,006 d'apomorphine. Elle amène des vomissements et une dépression consécutive considérable, mais de peu de durée. Cette médication aurait coupé court à des crises subintrantes.

Les résultats seraient merveilleux surtout dans l'hystérie, la piqûre agit sur l'imagination du malade, les vomissements, la dépression consécutive produisent une sédation du système nerveux. Si la crise se reproduit après un repas trop copieux, l'évacuation de l'estomac ne peut être que favorable. Pendant dix ans, l'auteur n'a eu que des succès par cette méthode.

FORMULAIRE

Du pansement des ulcérations tuberculeuses par la solution de Kollscher.

Cette solution a été proposée pour le pansement des ulcérations tuberculeuses. En voici la formule :

Phosphate de chaux.... 50 gram.
Eau distillée.......... 500 —

Ajouter acide phosphorique dilué q. s. jusqu'à solution parfaite et filtrer. Finalement, on additionne à la colature avec :

Acide phosphorique dilué.................... 60 gram.
F. s. a.

Le pansement des ulcérations tuberculeuses avec ce topique est le suivant :

1° Irrigations des plaies et des fistules avec ce liquide ;

2° Dans l'intervalle, recouvrir les plaies avec de la gaze imbibée de ce liquide et continuer le traitement pendant plusieurs mois.

Liniment contre les crevasses du mamelon.

(Scarff.)

Baume du Pérou..... } āā 2 gram.
Teinture d'arnica..... }
Huile d'amande douce. 30 —
Eau de chaux......... 15 —

L'Ergotine dans la gonorrhée.

(Roicki.)

L'auteur considère l'ergotine comme un excellent moyen de guérir rapidement la gonorrhée chronique. Il l'administre simultanément à l'intérieur en pilules et en injections uréthrales, suivant la formule suivante :

Ergotine....... 30 centigrammes.
Eau distillée.. .. 300 grammes.

Faire plusieurs injections par jour.

Ces injections sont très bien supportées. Le traitement est applicable dans les hémorrhagies de l'urètre.

Pommade contre les hémorrhoïdes.

(Audhoui.)

Extrait de belladone. } āā 1 gram.
Extrait thébaïque..... }
Antipyrine............ 3 —
Cérat saturné......... 10 —
Onguent populeum.... 30 —

La cocaïne et l'antipyrine contre les vomissements incoercibles.

(E. Stuver.)

Les formules suivantes ont été employées avec succès contre les vomissements de la grossesse et contre les gastralgies aiguës.

Cocaïne............... 0 gr. 10
Antipyrine............ 1 gram.
Eau distillée.. .... 90 gram.

M. D. S. — A prendre par cuillerée à café, toutes les demi-heures ou toutes les heures.

Le même auteur recommande comme anesthésique local la solution suivante :

Cocaïne............ 5 grammes.
Antipyrine........ 15 grammes.
Eau distillée......... 80 grammes.

M. D. S. — A appliquer sur les parties à opérer. Pour l'extraction des dents, il faut laisser en contact les gencives, pendant 15 minutes, avec cette solution et pulvériser les méats auditifs externes avec un spray d'éther : l'extraction devient alors presque indolore.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

GYNÉCOLOGIE

INFLUENCE PATHOGÉNIQUE DE LA RÉTROFLEXION SUR LES FONCTIONS SEXUELLES

M. le Dr Bienfait vient d'analyser dans la *Gazette médicale Belge* un article de Wormser dont nous reproduisons la substance. Cet article met au point l'influence pathogénique de la rétroflexion.

Salin et Heinricius ont constaté que sur 10.000 femmes, 12 fois seulement un utérus habituellement antéfléchi est tombé en rétroflexion après l'accouchement.

Sur 6.522 femmes 1.192 avaient l'utérus rétrofléchi, soit 18.2 %. Parmi elles 3.260 étaient nullipares et 3.262 avaient eu des enfants ; chez les unes et les autres il y avait exactement la même proportion, soit 18.2 % de rétroflexions. Ce résultat prouve que l'accouchement n'a aucune valeur étiologique ; en réalité, la rétroflexion est presque toujours congénitale et très rarement acquise d'une façon aiguë.

Non seulement le raisonnement conduit à penser que la rétroflexion ne produit pas de stase veineuse, mais encore les utérus malades ne montrent aucun signe spécial de congestion. La cause de la métrite et de l'endométrite aussi bien dans les matrices antéfléchies que dans les rétrofléchies est simplement l'infection.

Le symptôme : lourdeur dans le ventre et pression vers le bas provient aussi d'une complication ; il est produit par une descente plus ou moins prononcée de l'utérus et du vagin. Dans ce cas, le bien-être apporté par l'application d'un pessaire provient non pas d'un redressement illusoire de la matrice, mais du soutien apporté à cet organe qui se trouve reporté à son niveau normal et ne tiraille plus ses ligaments suspenseurs.

L'utérus rétrofléchi, dit-on, condamne d'une part à la stérilité et d'autre part à l'avortement. Cette façon de s'exprimer est fautive en ce qu'elle est trop formelle.

En effet, tous les jours on voit des femmes porteuses d'une vieille rétroversion engendrer une série d'enfants. Quand il y a stérilité, cela provient fréquemment de ce que tout l'appareil génital est resté infantile. Souvent les culs-de-sac latéraux des vagins n'existent pas et le sperme s'écoule de suite ; il suffit d'indiquer à la femme la position à prendre après les rapprochements pour qu'elle puisse devenir mère.

L'avortement qui se produit dans les cas de rétroflexion provient de l'incarcération de la matrice augmentée de volume dans le petit bassin. Cette situation est simplement accidentelle et le plus souvent l'utérus en augmentant de volume se redresse et monte normalement dans la cavité abdominale.

La dysménorrhée, symptôme habituel de la rétroversion, est aussi une légende ; quand elle existe, elle n'est pas due au déplacement

utérin, mais bien à l'infantilisme génital et à une constitution névropathique.

Les phénomènes de compression sont souvent attribués à tort à la rétroflexion *mobile*. La compression du côté du rectum donne de la constipation, et du côté du col vésical du ténesme, tandis que la compression du plexus hémorrhoïdal occasionne de la névralgie et de la parésie. Ces différents troubles ne sont pas très communs; on les rencontre d'ailleurs aussi bien dans l'antéflexion que dans la rétroflexion.

Quant aux troubles nerveux, ils ont été également exagérés, ainsi qu'en témoignent les statistiques.

Krœnig et Feuchtwanger ont rassemblé à ce propos des cas pendant trois années; 136 femmes qui ont suivi la policlinique pendant plus de dix mois consécutifs sont réparties comme suit : 103 ont de l'antéversion et 33 de la rétroversion : ce sont tous cas *purs*, c'est-à-dire qu'aucune n'avait ni endométrite ni para ou périmétrite, ni prolapsus léger, ni grossesse.

Sur les 103 femmes à utérus antéfléchi, 45 se plaignaient de troubles et sur les 33 utérus rétrofléchis, 13 étaient dans le même cas ; le pourcentage est à peu près le même : 43.6 % et 39.3 % et la petite différence est encore en faveur de l'antéflexion.

Ces troubles sont donc communs à l'antéflexion et à la rétroflexion et dépendent d'une même cause.

Cette origine consiste souvent dans un état nerveux spécial et, en fait, sur les femmes souffrantes, il y en avait 37 présentant des symptômes certains d'hystérie ou de neurasthénie.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE CHEZ LA FEMME

Il a paru récemment plusieurs travaux réellement intéressants concernant la cure de la blennorragie.

Dans les nos 3 et 4 de cette année, une publication allemande, intitulée *Heilkunde*, contient un article du Dr R. Savor privat-docent à l'Université de Vienne, résumant la tâche du thérapeute. On doit détruire les gonocoques ayant envahi les tissus, en ménageant ces derniers autant que possible et ramener l'équilibre normal.

Dans la blennorragie de l'urètre chez la femme, l'auteur utilise le sublimé à 1/2 ou 1 pour mille ainsi que le lysoforme à un pour cent.

Dans le stade subaigu, on recommande les lavages copieux, exécutés 4 à 6 fois par jour, avec des solutions d'alumnol à 2 %, d'argonine à 1 1/2 % et spécialement de protargol. Ce dernier produit a un pouvoir désinfectant élevé et n'a pas de propriétés irritantes. On le donne à doses progressives de un quart pour

cent. L'injection se fait au moyen d'une seringue ordinaire pour hommes, d'une capacité de 15 c. c. dont l'extrémité olivaire doit être directement placée sur l'orifice uréthral. Il faut injecter en trois fois le contenu de la seringue.

Le Dr A. L. Wolbaerst, de New-York, préconise également, le protargol pour combattre la blennorragie aiguë chez l'homme.

On peut commencer le traitement dès le début du mal, à moins que le canal de l'urètre ne soit par lui-même intolérant. L'écoulement purulent disparaît en 7 à 10 jours. La goutte matinale persiste encore, mais cette sécrétion tarit au bout de 2 à 4 semaines sous l'influence d'injections astringentes. Les gonocoques peuvent reparaître si on cesse le traitement du protargol avant l'expiration de la 3e semaine.

La durée maxima de la gonorrhée antérieure, y compris les cas rebelles, est de 6 semaines. On utilisera donc, dans la clientèle privée, les injections de protargol pendant six semaines, 3 fois par jour.

Le Dr Savor, pour les lavages uréthro-vésicaux chez la femme, préconise la solution de protargol à 1 % chauffée à 37° C à la dose de 250 centimètres cubes.

« Ensuite on prie la patiente de vider sa vessie lentement, en plusieurs mictions, 10 et 14 lavages suffisent d'habitude pour amener d'une façon définitive la disparition des gonocoques.

« Dans les cas chroniques, utiliser des bâtonnets à l'iodoforme (10 à 20 %), au tannin (cinq pour cent) et surtout au protargol à la dose de 10 à 20 pour cent. Dans les cas rebelles, choisir les bâtonnets renfermant du nitrate d'argent en quantité variant de 1 à 2 pour cent. Il se produit dans ce dernier cas une vive réaction.

Rarement, les gonocoques envahissent la vessie. Dans les stades subaigu et chronique de l'affection on a recours aux lavages au protargol. Dans ces sortes de cas, il est bon de faire absorber une infusion d'*uva ursi*. Pour préparer ce thé, on met une cuillerée à soupe de feuilles dans une tasse d'eau bouillante ; 3 tasses par jour.

Nous avons déjà parlé de la vulvite gonococcique des petites filles. Nous n'y reviendrons pas.

Dans le stade subaigu de la vaginite on remplace les lavages au sublimé par ceux au $ZnCl^2$, à la dose d'une cuillerée à soupe d'une solution à 50 % pour un litre d'eau.

Lesser préconise la formule suivante :

Teintur. ratanh........................	30 gr.
Alumin................................	3 gr.
Aq. distil. ad........................	300 gr.

M. Pour irrigations vaginales.

On fait encore des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent à 5 ou 10 pour cent. Nous avons utilisé avec succès le traitement suivant recommandé par G. Lesser :

Argent nitric........................... 1 gr.
Bismuth subnit........................ 9 gr.
Talc pulv............................ 90 gr.
M. Saupoudrer les tampons à introduire dans le vagin.

On peut aussi recourir avec fruit aux solutions à 10% de protargol dans la glycérine.

D'après Savor, comme désinfectant en cas de catarrhe cervical, on se sert de protargol à cinq pour cent, d'argentamine à 1%, de nitrate d'argent à 1% et de teinture d'iode.

« Le stade aigu de la métrite gonococcique passé, on nettoie minutieusement la cavité utérine avec de l'ouate sèche, puis on introduit 2 à 3 fois par semaine, une solution à 10% de protargol dans la cavité utérine au moyen de la sonde de Playfair ou de l'instrument de Saenger.

Il faut chercher surtout à bien mettre toute la surface de la muqueuse de la cavité en contact intime avec le médicament. L'ouate employée doit être en conséquence entièrement imbibée et rester en contact un certain temps, dix minutes au moins, avec la muqueuse. Pour immobiliser l'utérus et les annexes, on place un tampon abondamment imbibé d'ichtyol en solution à 10%. Pardessus, on fixe plusieurs tampons secs.

Ces tampons sont enlevés après 12 heures. La patiente devra, jusqu'au prochain pansement, faire 2 fois par jour un lavage vaginal à la température du corps avec les désinfectants dont il est fait mention plus haut.

« Dans les cas graves, il faut utiliser la teinture d'iode, qui a fait ses preuves. Savor, pour introduire ce produit, se sert de la seringue d'Hoffmann. L'embout, enveloppé de ouate, est introduit, après nettoyage minutieux des sécrétions du cul-de-sac utérin, dans la cavité utérine. Puis on imbibe la ouate d'iode au moyen de la seringue. Assez souvent, le traitement par le protargol, institué à nouveau après quelques applications de teinture d'iode fait disparaître la sécrétion purulente et les gonocoques ».

Dans les cas chroniques, on utilise des solutions antiseptiques faibles et dans les cas d'utérus durci et volumineux, le tamponnement à la gaze stérilisée.

S'il se produit des tuméfactions ganglionnaires comme complications de l'infection gonococcique on prescrit :

Tinctur. iod............................ 1 gr.
Ungent. kaliiodat...................... 15 gr.
M. Us. ext.

Dans les cas *très anciens* de gonococcie utérine, il vaut mieux procéder aux applications caustiques de $ZnCl^2$ à 50 %. S'il y a de la proctite, on se servira, dans les cas récents, de protargol, introduit à la dose de 50 centimètres cubes d'une solution à 1 ou

5 %, 2 fois par jour, au moyen d'un clystère à l'eau chaude. Le lavement doit être gardé pendant quelque temps. (*Journal d'accouchements de Liége*, 3 août 1902.)

FIBROME DE L'UTÉRUS CHEZ UNE ENFANT DE 13 ANS

M. P. de Cavaillon, a communiqué à la Société de Médecine de Lyon (26 mai 1902, l'intéressante observation suivante :

Il s'agit d'une petite fille âgée de 13 ans. Son histoire clinique est nulle jusqu'en janvier 1901. Rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels. En janvier 1901, alors âgée de 12 ans, elle présenta un premier écoulement sanguin, puis une manifestation normale de la puberté. Cet écoulement n'avait de remarquable que son abondance. Pendant huit mois, à peu près régulièrement aux époques, cette enfant présente des ménorragies très importantes ; si bien que, vue pour la première fois en décembre 1901 par mon père, la malade se présentait à lui dans un état d'anémie extrême, avec décoloration des muqueuses et des téguments, œdème malléolaire, troubles digestifs, palpitations, etc.

Le toucher pratiqué à ce moment montre une masse grosse comme deux poings occupant le petit bassin très mobile avec l'utérus, parfaitement isolable par le palper combiné au toucher. Il n'existait aucun trouble sphinctérien. Les douleurs spontanées étendues au périnée, se produisaient surtout pendant la période hémorragique.

Une intervention est proposée, mais celle-ci ne devient possible qu'en mars. A cette époque, l'état général de la malade est toujours alarmant. Mais depuis trois mois les ménorragies se sont arrêtées, cependant que les douleurs suivaient une évolution inverse.

Un nouvel examen montre une tumeur bien plus volumineuse, toujours parfaitement solidaire de l'utérus. Le diagnostic de gros utérus s'imposait. Mais la difficulté était plutôt de dire à quel genre d'hypertrophie on avait à faire.

La première idée, celle d'une rétention menstruelle, devait être éliminée. Ne contrastait-elle pas avec le symptôme principal, l'hémorragie ? D'ailleurs, le cathétérisme du conduit cervical n'avait donné aucune preuve à l'appui de cette hypothèse. Pouvait-on penser à une grossesse ? Cela était difficile en raison de l'âge, du milieu social ; enfin surtout en raison de la non-concordance du volume de l'utérus avec l'âge des accidents. Les ménorragies semblaient peu compatibles aussi avec cet utérus gravide.

Force était de dire tumeur, mais le diagnostic n'était pas posé sans restriction, vu la rareté des tumeurs en dehors de la période génitale.

Le 20 mars, on intervient non sans quelques hésitations inspirées par le mauvais état général.

La laparotomie montre un utérus énorme, dont la surface est sillonnée de grosses veinosités ; une ponction de la cavité utérine est faite pour lever les derniers doutes. Cette ponction ne ramène rien et l'hystérectomie est alors pratiquée par le procédé de Doyen, avec enfouissement des pédicules ; après suture à trois plans on laisse seulement un drain dans la partie inférieure de l'incision.

La tumeur enlevée était très volumineuse, du poids de 3 kilogs. Elle était développée aux dépens de la paroi du corps utérin, hypertrophié dans toutes ses dimensions. Le col ne semble pas avoir participé à ce processus. La muqueuse ne présente pas d'ulcérations macroscopiques. L'opérée a guéri.

Nous avons cru devoir vous présenter ce cas, qui n'est pas sans intérêt, tout d'abord au point de vue du diagnostic qui ne pouvait pas être fait d'une façon ferme, tous les auteurs s'accordant à placer l'existence des fibromes pendant la vie génitale, et bien rares sont les cas de ces tumeurs existant avant la puberté. La tumeur en question s'était manifestée déjà par les premières ménorragies, à 12 ans ; ce fibrome a évolué comme chez une adulte ; il y a lieu de noter cependant plutôt son évolution abdominale que pelvienne. Ceci expliquerait peut-être l'absence des troubles de compression remarquable dans notre cas. Si la tumeur était restée pelvienne, tous les organes du petit bassin auraient dû souffrir, étant donné le peu de capacité du bassin à cet âge. L'évolution haute de la tumeur a évité les troubles sphinctériens et les douleurs.

L'EXTRAIT DE PICHI-PICHI SEC DANS LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

M. Friendlander, de Berlin, a étudié à nouveau ce médicament destiné aux maladies des voies urinaires, qu'il avait déjà signalé dès 1893. L'extrait fluide de pichi-pichi semblait contenir des substances possédant les propriétés des balsamiques sans en avoir les inconvénients. Maintenant, l'expérience et les études cliniques ont permis d'assigner à ce nouveau remède sa place dans la thérapeutique des maladies des organes génito-urinaires.

L'auteur a pu, dans ces derniers temps, remplacer l'extrait fluide par un extrait sec, de goût et d'odeur aromatiques, présentant la forme d'écailles brunes et brillantes et qui lui semble préférable

comme forme à l'extrait fluide. On prépare l'extrait sous forme de tablettes comprimées à 0 gr. 25 qui représentent une cuillerée à café de l'extrait fluide. Ces tablettes sont d'un brun clair, d'odeur agréable et sont facilement acceptées par les malades. L'auteur les a expérimentées sur lui-même et formule ainsi les résultats de son expérience.

9 h. 45 du matin. Il prend une tablette à 0 g. 25. Dans 50 centimètres cubes d'urine fraîchement émise, le papier rouge au lakmus est facilement coloré en bleu si l'on ajoute 10 gouttes de liqueur de potasse officinale.

1 heure. L'urine a une odeur faible de pichi, le papier rouge au lakmus est coloré en bleu par 18 gouttes de potasse caustique dans 50 centimètres cubes d'urine.

3 h. 45. L'urine a une odeur de pichi très appréciable, il faut 36 gouttes de potasse pour colorer en bleu le papier rouge.

5 h. 45. Le papier rouge de lakmus est coloré en bleu par l'addition de 48 gouttes de potasse.

7 h. 45. Il faut 36 gouttes de K pour colorer le papier.

10 heures du soir. 30 gouttes suffisent.

Le jour suivant à 10 heures du matin, il faut encore 23 gouttes de liqueur de potasse pour colorer le papier réactif. Aucun trouble, ni du côté des reins, ni du côté de l'estomac ou de l'intestin.

Cet exemple montre que l'extrait sec possède la propriété d'acidifier fortement l'urine comme l'extrait fluide, et que ses propriétés ne sont pas diminuées. L'extrait sec de pichi a été essayé dans un grand nombre de cas de gonorrhées avec lymphangite, œdème, etc., il a donné de bons résultats. Les douleurs sont calmées, la sécrétion est tarie assez promptement, l'irritation est calmée. Les excellents effets obtenus ont fait espérer que le remède serait efficace dans le cas de cystite.

La possibilité de rendre l'urine acide ne suffit pas toujours à rendre inoffensives les bactéries qui se trouvent dans la vessie, le bactérium coli, entre autres, se trouve souvent dans l'urine acide. Aussi l'auteur a-t-il essayé d'adjoindre à son remède un astringent comme le tanin et un antiseptique comme le salol. Il compose ainsi son mélange :

Extrait sec de pichi....................		0 gr. 25
Salol et tanin......................	ââ	0 gr. 125

dont on fait des tablettes à 0 gr. 50.

L'auteur cite quelques observations qu'il lui a été permis de suivre, et portant sur des malades atteints de blennorrhagie aiguë, cystites et prostatites. Les résultats furent excellents et rapides. Le Dr Lewy a nommé les tablettes formées du nom de « tablettes urostériles ». (*Nouveaux remèdes.*)

OBSTÉTRIQUE

—

DES INCONVÉNIENTS DE LA COPROSTASE RECTALE CHEZ LA FEMME PENDANT LA GROSSESSE

Dans une thèse récente inspirée par Budin, M. le Dr Bouchet signale les inconvénients de la rétention fécale pendant la grossesse.

Avant de reproduire les conclusions pratiques de ce travail, je rapporterai une observation de cancer du rectum recueillie chez une de mes clientes.

Cette femme âgée de 56 ans croyait souffrir d'hémorrhoïdes ; elle fut consulter son médecin, qui, après avoir pratiqué le toucher vaginal, renvoya la malade en lui disant qu'elle avait simplement une tumeur fécale et ordonna une purgation ; or la tumeur en question était un cancer du rectum qui fut rapidement mortel.

Maintenant revenons aux femmes enceintes.

Les accidents consécutifs à la rétention fécale pendant la grossesse peuvent se présenter sous les aspects les plus différents.

La femme peut habituellement, et en dehors de tout état puerpéral, n'aller que très irrégulièrement à la selle, et cet état se continue avec d'autant plus d'intensité que l'utérus devient gravide. D'autres fois, la constipation n'apparaît qu'avec la grossesse, ou bien quelques jours seulement avant l'accouchement, ou peu avant l'apparition des accidents de stercorémie.

Mais ce qui est très particulier, c'est que beaucoup croient avoir une liberté du ventre parfaite, alors que le toucher vaginal fait découvrir dans le rectum des masses fécales durcies et comme fixées au rectum.

La coprostase rectale, à la suite d'examens superficiels, en a même imposé quelquefois pour un promontoire, et l'on a porté le diagnostic de bassin rétréci.

La rétention fécale peut amener des vomissements assez prolongés pour qu'on les considère comme incoercibles, alors que les lavages intestinaux et les purgatifs réguliers suffisent à les faire disparaître.

Avortement. — Les menaces d'avortement et parfois l'avortement lui-même peuvent être le résultat de la rétention stercorale. L'accouchement prématuré au 7me ou 8me mois peut être amené ainsi.

En général, lorsque au septième, huitième mois de la grossesse, surviennent des hémorragies, on pense immédiatement à une insertion vicieuse du placenta.

Un examen attentif et l'analyse des caractères de ces hémorragies permettent, dans quelques circonstances, de les rapporter à leur véritable cause.

Dans le cas de placenta prævia, la perte du sang arrive brusquement dans la nuit ou le matin. Elle surprend la malade qui se réveille inondée, tant elle est abondante. Elle ne s'accompagne jamais de douleurs et l'on remarque de l'empâtement au niveau du segment inférieur.

L'hémorragie causée par la rétention fécale s'accompagne au contraire de douleurs ; il n'y a pas d'empâtement du segment inférieur et en interrogeant la malade, on apprend que depuis quelques jours elle ne va pas à la garde-robe ou qu'elle a des selles peu abondantes.

Enfin l'attaque appendiculaire est un accident assez fréquent chez les constipées dans la grossesse, et Le Guern a cité deux faits de perforation de l'appendice, l'un au troisième mois ayant entraîné la mort sans avortement, et l'autre à la fin de la gestation ayant déterminé l'expulsion du fœtus et plus tard la mort de la femme.

Inertie utérine. — Au moment de la délivrance, la rétention fécale peut encore amener une inertie utérine qui se traduit surtout par des hémorragies et nécessite l'extraction artificielle du placenta.

Suite de couches. — C'est surtout pendant les suites de couches que les accidents dus à la stercorémie ont attiré l'attention par leur ressemblance avec les accidents dus à l'infection puerpérale.

Depuis l'époque où l'on a publié pour la première fois des faits précis à ce sujet, les observations sont venues les unes après les autres prouver que cette question est de la plus haute importance et que le diagnostic différentiel de la stercorémie et de la fièvre puerpérale est quelquefois fort difficile.

Après un accouchement normal dans lequel toutes les précautions aseptiques ont été prises, dans lequel la délivrance s'est faite naturellement, complètement, on voit quelquefois la malade prise d'un frisson violent, de maux de tête. L'haleine est fétide, la langue saburrale. Le thermomètre placé dans l'aisselle s'élève à 38°-39°. Le ventre est ballonné, la région sous-ombilicale est douloureuse. A la palpation, on perçoit dans les fosses illaques, soit un empâtement, soit la présence de cordons durs suivant le trajet du côlon. La soif est vive, l'anorexie complète. On interroge la malade qui se plaint de ne pas être allée à la selle depuis plusieurs jours. On ordonne un purgatif, des lavements, le régime lacté absolu. Les jours suivants, d'abondantes évacuations ont lieu, la température s'abaisse, le ventre n'est plus douloureux, l'appétit revient et la malade se remet rapidement. Telles sont avec des variations en intensité et en durée, les manifestations ordinaires de l'intoxication stercorémique.

Ces accidents peuvent apparaître le jour même de l'accouchement, le lendemain, plusieurs jours, plusieurs semaines après. Habituellement c'est le troisième jour des suites de couches qu'ils se manifestent.

Quelquefois la rétention des matières fécales se traduit seulement par des hémorrhagies utérines qui persistent après l'accouchement.

Budin a cité bon nombre de faits de ce genre. Dans certains cas enfin, il peut y avoir des infections généralisées qui entraînent la mort.

Il faut donc, au point de vue des fonctions intestinales, exercer la plus grande surveillance sur les femmes enceintes.

PÉDIATRIE

L'IODURE D'ÉTHYLE DANS LA COQUELUCHE

(CH. AMAT.)

S'il est une affection à l'occasion de laquelle on peut dire que la multiplicité des médications employées pour la combattre indique l'insuffisance de chacune d'elles, c'est bien la coqueluche. Parce qu'on sait que rien n'est d'une efficacité certaine, chaque médecin adopte une ligne de conduite à lui spéciale, s'en remettant au temps d'avoir raison d'une maladie d'une si désespérante ténacité. Tel claustre les enfants qu'il soumet à des évaporations antiseptiques et auxquels il administre du bromoforme ; tel autre escomptant au contraire la cure d'air recommande les sorties fréquentes et prolongées et reste fidèle à la médication belladonée. Inutile de dire que les variantes thérapeutiques sont nombreuses, et que si elles peuvent réussir dans une certaine mesure à mettre à l'abri des complications, elles sont sans action réellement bien marquée sur la marche de la coqueluche elle-même. Les accès ne paraissent pas diminuer sous l'action des médicaments et les quintes restent toujours aussi nombreuses. C'est parce que la thérapeutique la mieux raisonnée fait faillite, que l'empirisme se donne ici large jeu et que les remèdes de bonne femme, la suggestion aidant, sont en réelle faveur.

Dans deux cas récents de coqueluche observés en même temps et dans la même famille, sur un petit garçon de 2 ans et demi et sur un nourrisson de six mois, les accès étaient fréquents et les quintes des plus fatigantes. Les enfants dépérissaient. Vainement les pulvérisations thymolo-phéniquées avaient été utilisées ; la belladone, le bromoforme s'étaient montrés sans action. Les évaporations d'eau oxygénée autour de la couchette et du berceau n'avaient pas paru plus efficaces. Et sur le nourrisson qui s'était

jusqu'à ce moment montré réfractaire à trois tentatives d'inoculations jennériennes, une vaccination parfaitement réussie n'avait apporté aucun soulagement.

Rien n'y faisait, comme disaient les parents et comme le médecin avait le regret de le constater. Les petits coquelucheux continuaient à être secoués tous les quarts d'heure par des quintes qui ne variaient ni en nombre ni en intensité. C'est dans ces conditions que M. Bardet, me rappelant l'efficacité de l'iodure d'éthyle dans l'asthme et la comparabilité de la coqueluche avec cette dernière affection, m'engagea à recourir aux inhalations de ce médicament.

Son conseil fut immédiatement suivi. Dès qu'un accès se produisait, un petit flacon à large ouverture, contenant quelques grammes d'iodure d'éthyle, était placé sous le nez du patient afin qu'au moment de la reprise, des vapeurs du médicament fussent inhalées.

L'effet de cette médication ne tarda pas à se produire. On put constater dès le deuxième accès une diminution dans la fréquence et l'intensité des quintes ; les accès eux-mêmes devinrent moins nombreux et les sécrétions bronchiques, rendues plus fluides, furent facilement projetées hors de la bouche du nourrisson.

Le résultat immédiat se montra des plus saisissants ; il sembla, il est vrai, s'atténuer dans la suite ; néanmoins la maladie en fut si favorablement influencée qu'elle tourna court au point que huit jours après on ne comptait plus que six accès bénins dans les 24 heures au lieu des 36 et 40 constatés au début du traitement.

L'emploi de l'iodure d'éthyle dans la coqueluche était d'autant plus précieux qu'on ne pouvait ici faire absorber par le petit enfant de 2 ans et demi le moindre médicament. A insister on ne parvenait qu'à provoquer de nouveaux accès.

L'efficacité de l'iodure d'éthyle, dans les cas dont il vient d'être question, a été si manifeste que les parents eux-mêmes, en raison de l'intérêt qu'ils portent aux petits coqueluchenx, ont manifesté le vif désir de la voir signalée. (*Nouveaux Remèdes*, juillet 1902.)

DIÉTÉTIQUE INFANTILE

LE LAIT

Par le Docteur L. Butte
Membre de la Société de médecine et de chirurgie pratiques.

« L'alimentation lactée dans la première enfance », tel est le titre de la question qui a été soumise à l'étude de nos sociétés réunies. Le rôle qui m'a été assigné est le plus modeste, ce n'est pas de l'alimentation dont je dois m'occuper ; c'est

seulement de l'aliment, du lait. A l'heure actuelle la question du lait est, il est vrai, à l'ordre du jour, mais elle est si connue, si étudiée qu'il est difficile de faire quelque chose de nouveau. J'ai pensé cependant qu'il y aurait un certain intérêt à traiter la question d'une façon un peu spéciale et à réunir des documents un peu épars.

J'ai d'abord fait l'étude comparative des laits des différentes espèces animales. J'ai ensuite fait l'étude du lait stérilisé et enfin j'ai terminé par celle des laits modifiés (maternisés, peptonisés, fermentés, condensés).

Je sais bien qu'il reste encore dans cette étude de nombreux points à étudier mais la place m'est tellement limitée que j'ai dû me restreindre, espérant que la discussion mettrait en lumière certaines questions restées malgré moi dans l'ombre.

I. Des laits en particulier.

Du lait de femme. — *Propriétés.* — Le lait de femme est opalin, légèrement bleuâtre. Sa saveur est douce. Son odeur est nulle, sa réaction nettement alcaline ; il ne se coagule ni spontanément, ni par l'ébullition. On pensait qu'il ne se coagulait pas par les acides, mais E. Pfeiffer a montré qu'il suffisait d'élever un peu la température pour obtenir la coagulation. Sous l'influence de la présure, le lait se caille en de très fins grumeaux.

La densité oscille entre 1018 et 1045, elle est le plus fréquemment de 1030.

Composition moyenne. — La composition moyenne du lait de femme est la suivante :

Eau	88,91
Résidu sec	11,09
Albuminoïdes	3,92
Beurre	2,67
Lactose	4,36

Mais cette composition est extrêmement variable suivant les cas ainsi que le montre le tableau ci-contre :

On voit que la quantité d'eau va de 832,3 à 901,3 mais qu'en général elle se rapproche de 890. Les matières albuminoïdes oscillent entre 10 et 20 gr. D'après Duclaux elles ne seraient constituées que par la caséine sous deux formes : en suspension et en dissolution. Le sulfate de magnésie précipite la caséine du lait de femme (caséine en suspension), le sel marin

AUTEURS	DENSITÉ	EAU	Matière albuminoïde: Caséine en suspension.	Caséine en dissolution	BEURRE	SUCRE	SELS
Chevallier et Henry (par litre).	1020 à 1025	879.8	15.2		35.5	65.0	4.5
Gorup-Besanez (1)............		872.40	19		42.80	59.60	2.80
J. Kœnig (2)...................	1027	874.1	10.3	12.6	37.8	62.10	3.1
(mal nourrie)......		901.3	16.2		28.3	52.7	1.7
(bien nourrie).....		885.6	20.9		46.9	45.1	1.5
H. Ferry (3) (par litre).........	1033.50	900.10	10.52		43.43	76.14	2.14
lait de 25 mois (par kil).....	1023		10.05		59.43	73.15	0.77
Mme Brès (4) (par kil.).........							
femme Galibin, 3 mois......	1029.4		9.54		34.70	74 78	1.93
24 mois.....	1027.85		13.12		51.96	77.70	1.62
E. Duclaux (5) (par litre).......			9.1	0.7	40.4	77.2	2.4
							en suspension. | en solution.
Wartha (6)....................	1032.76	876.13	17.96		35.50	70.5	0.08 | 1.6
Milion et Comaille (par litre)...				3.77			2.01
Szalardi (7) (par litre)..........	1029 à 1036.36 moy. 1032.75		12.6 à 21 moy. 18.8		10 à 48.9 moy. 33.8	64.3 à 75.7 moy. 70	1.4 à 2.5 moy. 2

(1) Gorup-Besanez. *Traité de chimie physiologique*, traduct. Schlagdenhaufen, p. 598-601-608.
(2) J. Kœnig, *Chemie der menschlichen Nahrungs und Genussmittel*, B i I, 1882.
(3) H. Ferry, *Etude comparée sur le lait de la femme, de l'anesse, de la vache et de la chèvre*, suivie de tableaux d'analyse, J.-B. Baillière, édit. 1884.
(4) Mme Brès, *De la mamelle et de l'allaitement*, thèse de Paris, 1875.
(5) E. Duclaux, *Le lait*, p. 192.
(6) Wartha, *Ananli di chemia e di farmacologia*, 1891.
(7) Szalardi (Buda-Pest), *Examen des nourrices et de leur lait* (*Gyogyasrat*, n° 37, 1891).

ne la précipite pas et précipite cependant celle du lait de vache. Le liquide filtré après précipitation par le sulfate de magnésie et additionné d'alcool donne un précipité (caséine en dissolution, lactalbumine et galactozymase de Bechamp). Cette galactozymase qu'on trouve dans le liquide filtré avec le filtre Chamberland aurait la propriété de fluidifier l'amidon sans le transformer en glycose, ce que ne fait pas celle des autres laits.

La lactose varie de 40 à 77 grammes. Ce sont les chiffres les plus élevés qui doivent se rapprocher le plus de la réalité ; et cela tient à ce que les analyses qui les citent sont plus récentes et les méthodes plus parfaites que dans les autres. Elle cristallise à l'état farineux et non en cristaux durs. Le beurre subit des variations considérables (de 24 à 59 gr.) Les sels minéraux oscillent entre 1 et 3 grammes. Signalons enfin ce fait que la peptone produite par la digestion du lait de femme avec de la pepsine possède un pouvoir rotatoire différent de celui des peptones des autres laits.

Variations de composition. — On a vu que, suivant les analyses, le lait de femme, pris dans des conditions à peu près identiques, présentait une composition variable ; ces variations ont été étudiées, ce n'est pas de celles-ci dont je veux parler maintenant ; il faut, pour être complet, rechercher d'abord quelles sont les modifications éprouvées dans la composition du lait aux différentes périodes de la lactation et ensuite aux différentes époques d'une même tétée.

a). *Variations suivant les époques de la lactation.*— M. Michel, dans des analyses faites à la Maternité de Paris, a obtenu les résultats suivants :

COMPOSITION par litre.	MOYENNE de 72 laits dont 14 étaient âgés de 5 à 15 jours et 58 de 2 mois à 1 an.	MOYENNE des 14 laits âgés de 5 à 15 jours	MOYENNE des 58 laits âgés de 2 à 12 ans.
Densité...........	1.032.5	1.032	1.032.5
Extrait sec à 98°...	123.86	124.11	123.80
Cendres..........	2.06	2.71	1.90
Beurre............	33.81	30.20	34 98
Lactose hydratée..	72.35	67.47	73.52

Il résulte de ce tableau que, à mesure que le lait vieillit, les sels diminuent, le beurre augmente et de même la lactose, mais tout cela d'une façon assez faible excepté pour le beurre. Quant à la caséine, les modifications sont bien faibles et l'âge du lait paraît peu influencer la quantité de cette substance.

b). *Variations suivant les époques d'une même tétée.* — Ici les

	Extrait sec	Beurre
A.	9.70 %	1.71 %
B.	10.32 %	2.71 %
C.	12.50 %	4.51 %

modifications sont bien plus sensibles ainsi qu'il résulte du tableau ci-dessus qui donne l'analyse comparative de trois échantillons de lait prélevés : A au commencement, B au milieu et C à la fin d'une même tétée.

On voit que le lait devient de plus en plus riche à mesure qu'avance la tétée. Cette augmentation se traduit par une décroissance de la densité qui de 1,034 au début finit par arriver à 1,028 à la fin. (La plus faible densité du beurre explique cette modification).

Du lait de vache. — Le lait de vache est celui qui est de beaucoup le plus employé lorsque l'alimentation par le lait de la mère fait défaut ; il est donc utile d'en faire une étude approfondie. Sa couleur est blanche, sa réaction serait acide d'après Marchand. L'acide acétique en petite quantité, surtout à chaud, coagule sa caséine.

D'après les chiffres fixés par le laboratoire municipal de la Ville de Paris la composition moyenne de ce lait est la suivante au point de vue centésimal.

Densité	1,033
Crêmomètre	10
Eau	87
Matières fixes	13
Cendres	0,60
Beurre	4
Lactose	5
Caséine	3,46

Telle est la composition moyenne, mais il faut dire que cette composition est énormément variable suivant la race et l'âge de la vache, l'époque de la fécondation et du part, la nourriture, le moment de la traite.

Influence de la race. — Les vaches suivant leur race donnent un lait dont non seulement la composition, mais aussi la quantité subissent des modifications assez importantes.

Voici d'après le *Journal officiel* du 17 décembre 1882, la quantité de lait fournie chaque année par une vache des espèces suivantes :

RACES	QUANTITÉS de lait secrétées annuellement
Jersiaise	3.000 à 4.000 litres.
Cotentine	3.000 à 3.500 —
Bretonne	1.400 à 1.600 —
Schwitz	3.000 à 3.200 —
Ayr	2.500 à 3.000 —
Mancelle	2.000 à 2.500 —
Flamande	3.000 à 3.500 —
Hollandaise	3.000 à 4.000 —

Voyons maintenant, après la quantité et d'après Vernois et Becquerel, quelles sont les différences de composition du lait suivant les races (voir tableau ci-contre).

On voit que les substances contenues dans le lait subissent de grandes variations suivant les races. Etudions mainte-

EXTRAIT SEC		BEURRE	
Au début	A la fin	Au début	A la fin
14.37	18.93	5.9	10.5
9.90	15.85	1.8	6.6
9.62	19.07	1.2	11.2
11.01	17.63	2.2	8.8

Eléments pour 1.000 grammes de lait.	Suisse.	Tyrol.	Saxe.	Styrie.	Normandie.	Bretagne.	Ecosse.	Durham.	Hollande.	Belgique.	Bohême.
Eau................	851.98	817.40	849.40	851.15	871.80	837.48	803.20	845.60	839.72	857.70	841.40
Extrait sec..........	148.02	182.60	150.10	146.85	128.20	162.52	196.80	154.40	160.28	142.30	158.20
Caséine............	22.56	41.98	37.64	22.63	42.18	46.24	45.62	32.66	34.17	31.50	28.52
Albumine..........	3 08	7.60	8.»»	8.82	5.50	7.90	7.90	11.12	7.32	9.10	10.20
Beurre............	70.88	79.60	51.40	62.80	32.40	57.04	98.80	64.10	68.45	62.»»	63.40
Lactose	45.90	48.42	46.26	46.20	42.12	45.54	37.26	39.70	43.50	39.92	49.68
Sels......	5.60	5.»»	6.80	6.40	6.»»	6.20	7.22	6.82	6.14	6.78	6.40

nant, comme nous l'avons fait pour le lait de femme, les modifications qu'on observe sous l'influence de l'heure et du moment de la traite.

Au moment de la première traite le lait est moins riche que pendant celles qui la suivent. Quant aux différences constatées au début et à la fin d'une même traite, voici les chiffres donnés par Reiset au point de vue de l'extrait sec et du beurre.

Comme le lait de femme, le lait de vache est beaucoup plus riche en extrait sec et en beurre à la fin ou au début d'une même traite. La caséine et la lactose subissent aussi une augmentation, mais moindre.

LAIT DE CHÈVRE, DE BREBIS, DE CHAMELLE. — Le lait de chèvre se coagule par la présure. Chez certaines espèces, il a une odeur et une saveur spéciales (bouc), peu agréables ; mais il paraît que cétte saveur n'existe pas chez d'autres espèces de chèvres et même chez presque toutes les espèces lorsqu'elles se trouvent dans de très bonnes conditions hygiéniques. Son aspect est crémeux, il contient plus de caséine, autant de beurre et moins de sucre que celui de la femme. Sa densité est de 1,032, sa composition moyenne est la suivante :

Eau...	87,16 %
Résidu sec	12,4
Albuminoïdes	3,7
Beurre	4,20
Lactose	4
Sels	0,56

Je dois à l'obligeance de M. le Dr Barbellion certains renseignements qui nous font mieux connaître les propriétés chimiques du lait de chèvre et nous permettent de le conseiller dans l'alimentation du nouveau-né à défaut du lait maternel.

Au point de vue chimique, le lait de chèvre n'avait été étudié jusqu'à ces dernières années, que d'une façon très imparfaite. Les analyses classiques avaient été pratiquées par des chimistes éminents, il est vrai, mais ces savants n'avaient tenu aucun compte de la race ni de l'alimentation.

Les résultats obtenus dans de telles conditions ne sauraient avoir force de loi. Les recherches zootechniques poursuivies depuis plusieurs années à l'Etablissement d'acclimatation caprine du Val-Girard (1) ont jeté un jour nouveau sur la ques-

(1) CRÉPIN. — *Bulletin de la Soc. Nat. d'acclimat. de France.*

	N° 1 Grosse chèvre des Pyrénées (lactation ancienne).	N° 2 Chèvre de Murcie (lactation ancienne).	N° 3 Chèvre de Murcie (lactation nouvelle).	N° 4 Chèvre Suisse (lactation ancienne).	N° 5 Chèvre suisse (lactation nouvelle).	N° 6 Chèvre de Malte.	N° 7 Lait provenant de 60 chèvres alpines.	N° 8 Ensemble de la traite.	N° 9 Mélange des laits n° 1 et n° 5 (par moitié).	N° 10 Mélange des laits n° 3 et n° 5 (proportion de 3 à 2).
Réaction............	Neutre	Légèrement alcaline	Faiblement alcaline	Neutre	Faiblement alcaline	»	»	Neutre	»	»
Densité..............	1031.5	1032.»»	1030.»»	1032.5	1027.»»	1033.»»	1025.3	1030.»»	1030.»»	1028.»»
Résidu sec..........	139.75	128.75	129.»»	115.5	100.»»	1.465	102.5	132.5 par litre	120.»»	111.6
Eau.................	891.»»	903.»»	901.»»	917.»»	926.»»	»	»	897.5	908.»»	916.»»
Sels.................	7.50	7.50	7.20	8.»»	6.»»	8.10	7.45	7.85	7.»»	6.48
Partie organique....	132.22	121.25	121.80	107.»»	94.5	»	»	124.65	113.36	105.42
Beurre..............	50.»»	36.50	41.»»	26.»»	24.»»	44.83	31.40	39.6	37.»»	30.80
Sucre de lait........	54.02	55.66	47.97	52.78	46.74	46.30	41.50	49.»»	50.38	47.23
Caséine..............	27.80	28.40	31.33	28.»»	22.76	36.62	24.10	34.5	25.50	26.18
Lactoprotéine et div.	0.43	0.68	1.50	0.72	1.»»	»	»	1.55	0.70	1.20

tion, en nous montrant avec beaucoup de précision l'influence de la race d'une part, celle de l'alimentation d'autre part, sur la composition du lait d'une même espèce animale.

Influence de la race. — Le tableau ci-dessus dispense de tout commentaire : il représente les analyses de lait de *cinq races caprines différentes* et pratiquées tantôt au début, tantôt à la fin de la période de lactation. Il est important de remarquer que toutes ces chèvres étaient soumises *au même régime alimentaire depuis plusieurs mois.*

Influence de l'alimentation. — Nous donnons ci-dessous l'analyse du lait d'un troupeau de 15 chèvres alpines, d'une part au moment de leur arrivée à Paris à la fin d'octobre 1901, d'autre part, après trois semaines d'un régime alimentaire rigoureusement suivi.

Il est intéressant de mettre en regard l'analyse officielle établie autrefois par le professeur Gautier en même temps qu'une analyse de lait de femme :

Lait de chèvre d'après le Pr Gautier	Lait de chèvres alpines arrivant des Alpes	Lait des mêmes chèvres modifié par l'alimentation	Lait de FEMME
Densité 1.032,3......	1.032	1.028.3	1.032
Résidu sec.. 124.....	123.250	119.45	124
Caséine..... 37.....	35.055	17.30	19
Beurre...... 42.....	35.575	40.05	42
Sucre. ..... 40.....	44.600	54.90	50 à 52
Sels......... 5,6...	8.020	7.20	1.8

Il ressort de ce qui précède que ce qui était vrai dans certaines conditions ne l'est plus dans les conditions actuelles. Il n'est plus permis d'ignorer ces données nouvelles ni de parler du lait de chèvre en général. Nous devons savoir que l'on obtient de la chèvre le lait que l'on désire, *léger* ou *riche*, selon la *race* et le *régime alimentaire*.

Si le lait de certaines chèvres offre une grande analogie de composition avec le lait humain, il s'en rapproche aussi beaucoup par son mode de coagulation et par sa digestibilité.

Propriétés du coagulum. — Ayant soumis les différentes sortes de lait à l'action des acides lactique, acétique, chlorhydrique à 2 %, ces acides agissant isolément ou collectivement ; le Dr Barbellion a obtenu les résultats suivants : a) le caillot du *lait de vache cru* forme un bloc compact, dense, rétractile,

adhérent, se divisant par l'agitation en grumeaux peu solubles ; b) le *lait de vache bouilli* présente les mêmes caractères que le précédent, plus marqués : les grumeaux sont moins solubles ; c) Le caillot du *lait de chèvre alpine cru* forme de très petits flocons légers, mous, très friables et très solubles, comme ceux du lait de femme et du lait d'ânesse ; d) mêmes caractères pour le *lait de chèvre de Murcie cru* ; les flocons un peu moins ténus sont très friables et très solubles.

Pour ces deux dernières sortes de lait, la cuisson ne change pas l'aspect du caillot, mais elle diminue sa solubilité. Le caillot du lait de femme, du lait d'ânesse et du lait de chèvre, après agitation, se précipite lentement et incomplètement. Le caillot du lait de vache cru, bouilli ou stérilisé se précipite très rapidement ; le sérum se sépare et redevient limpide immédiatement.

Digestibilité. — L'action du suc gastrique de chien (gastérine du Dr Frémont) ou de l'acide chlorhydrique associé à la pepsine puis à la pancréatine donne les résultats suivants :

Tandis que pour les laits de femme, d'ânesse et de chèvre suisse ou alpine on ne trouve plus, au bout de 20 heures, qu'une légère couche crêmeuse et un liquide limpide et homogène, le lait de vache (stérilisé, cru ou bouilli) laisse un caillot compact, adhérent, de dissociation difficile ; au bout de 60 heures, ce lait stérilisé présente encore un caillot égal aux 3/4 de la hauteur totale, le même lait bouilli, 1/2 de la hauteur, ce lait cru, 1/5e de la hauteur.

Traités ensuite par l'éther, les laits de femme, d'ânesse et de chèvre laissent très peu de résidus, tandis que le lait de vache conserve des flocons caséeux en assez grande abondance.

Ces digestions artificielles comparatives présentent un grand intérêt ; elles semblent démontrer qu'il existe peu de différence entre la composition et la digestibilité du lait de chèvre et du lait de femme.

La chèvre étant réfractaire à la tuberculose, son lait peut être consommé cru, lorsqu'il est frais ou simplement bouilli, *sans coupage*, ce qui lui donne une supériorité sur le lait de vache.

Le lait de *brebis* est plus dense (1,038) que le lait de chèvre. Il présente une belle couleur blanche. On y trouve plus de beurre et d'albuminoïdes que dans le précédent.

Voici sa composition moyenne dans deux analyses :

QUANTITÉ pour 100	1re analyse	2e analyse
Eau	82	84.3
Résidu sec	18	15.7
Albuminoïdes	6.1	5.1
Beurre	5.33	4.71
Sucre	4.20	5.41
Sels	0.70	0.98

Le lait de *chamelle* dont voici une analyse présente une certaine analogie avec le lait de vache. Il contient cependant une quantité un peu plus petite de beurre et une un peu plus grande de lactose et de sels minéraux :

Eau	86.3	%
Résidu sec	13.7	
Albuminoïdes	3.7	
Beurre	2.9	
Lactose	5.18	
Sels	0.60	

Laits de jument, d'anesse et de mule. — Ces différents laits offrent à peu près la même composition qui se rapproche sensiblement de celle du lait de femme, à part la quantité de substances grasses qui est plus grande dans ce dernier. La caséine ressemble beaucoup à celle du lait de femme :

Composition centésimale.

	Mule	Mule	Anesse	Jument
Eau	89.14	91.59	89.64	91.00
Albuminoïdes	2.31	1.64	2.22	1.99
Beurre	1.98	1.59	1.64	1.18
Sucre	6.04	4.80	5.99	5.31
Sels	0.53	0.38	0.51	0.43

En raison de sa composition assez semblable à celle du lait de femme, le lait d'ânesse mériterait d'être conseillé ; malheureusement, à l'heure actuelle, il n'existe pas à Paris d'âneries très bien tenues et le lait fourni est loin d'être stérilisé. Lorsqu'il le sera, le lait d'ânesse n'aura plus qu'un inconvénient : son prix élevé.

Laits de chienne et de truie. — Ces laits diffèrent des précédents en ce qu'ils se coagulent par la chaleur. Voici d'après P. Subbotin des analyses de lait de chienne dont on a varié l'alimentation :

Quantités pour 1000	Pommes de terre	Viande	Graisses
Eau	829.53	772.61	773.7
Albuminoïdes	39.24	39.67	42.6
Graisse	42.51	51.99	59.2
Lactose	49.82	106.39	101.1
Matières extractives	34.15	24.92	21.5
Sels	4.75	4.42	3.9

Il est intéressant de voir qu'une chienne nourrie avec de la graisse secrète un lait plus riche en albuminoïdes que lorsqu'elle est nourrie avec de la viande et aussi que l'alimentation avec des pommes de terre donne moitié moins de lactose que celle avec la viande ou les graisses.

Signalons enfin une analyse de lait d'*hippopotame* due à Gunning :

Eau	90.43	%
Albuminoïdes	0.55	
Graisses	4.51	
Lactose	4.40	
Sels	0.11	
	100.00	

(*A suivre.*)

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

applicables en Gynécologie et Pédiatrie

—

L'iodophène dans les maladies vénériennes. (P. Benassi). — L'*iodophène*, ainsi appelé à cause de ses propriétés *phénique* et *iodique* à la fois, et que l'on peut aussi désigner sous le nom de *iodophénate* de bismuth et d'alumine, si l'on considère sa composition, a été récemment préparé par M. Henri Baraldi, de Ferrare.

L'*iodophène* est donc un sel double de bismuth et d'alumine du phénol di-iodique dont la formule est :

$$C^6 H^3 \left\{ \begin{matrix} I^2 \\ O H \end{matrix} \right.$$

Il se présente comme une poussière cristalline, de couleur rouge orange, d'une saveur acide piquante ; ce produit qui, au début, possédait une odeur violente est maintenant obtenu avec une légère odeur de phénol, très légère et surtout beaucoup moins forte que celle de l'iodoforme : insoluble dans l'eau, le chloroforme, la benzine, l'éther et l'alcool ; soluble dans les graisses et dans les solu-

tions acides. Traité par une solution nitrique ou sulfurique, il se dégage de l'iode, et en l'agitant avec du chloroforme on obtient une belle coloration rouge rubis; avec de l'éther, une coloration jaune orange. Au contact de l'air humide il change de couleur, pâlit en perdant de l'iode et après quelque temps se recouvre de gouttelettes caustiques qui sont simplement du phénol étendu, mais conservé à l'air sec et à la lumière il est inaltérable.

On peut résumer ainsi nos expériences sur l'iodophène :

1° On l'emploie avantageusement dans le traitement des chancres mous à cause de ses propriétés remarquablement désinfectantes, dessiccatives et astringentes ;

2° Il est indiqué dans les deux premiers stades du cours de l'affection, car c'est alors que son action antiseptique peut s'expliquer rapidement et hâter le procès régénératif de cicatrisation ;

3° En l'appliquant avec opportunité, on n'a à craindre aucun inconvénient sérieux, si ce n'est une légère douleur cuisante, de courte durée. Il n'irrite pas les parties voisines, et, ce qui est remarquable, pas un des cas traités par l'iodophène n'a été suivi par des complications d'adénite inguinale ou d'autre partie voisine.

Ces conclusions que j'ai exposées je me propose de les confirmer par une suite d'expériences ; car avec l'autorisation du prof. Maiocchi, directeur de la clinique, j'ai l'intention de continuer l'emploi de l'iodophène, non seulement dans les chancres mous, mais aussi dans les autres affections vénériennes et sous d'autres formes encore que celle de poudre.

Car, d'après ce que j'ai pu constater jusqu'à présent, il me semble que pour ses qualités, ce nouveau composé pourrait être indiqué dans beaucoup de cas, dans les maladies vénériennes aussi bien que dans les autres branches de la médecine pratique et particulièrement en chirurgie. (*Nouveaux Remèdes*, juin 1902.)

Le chlorétone contre les maladies nerveuses. — L. Cappelletti, rappelle que le chlorétone est un composé formé par la réaction de la potasse caustique sur un poids égal de chloroforme et d'acétone. C'est une poudre blanche, cristallisée, d'odeur et de saveur camphrées, peu soluble dans l'eau froide (0,8 %) très soluble dans l'alcool, parfaitement stable en présence des acides dilués et des alcalins.

La dose à employer comme hypnotique varie suivant le malade. Elle doit osciller entre 0 gr. 75 à 1 gramme, mais on peut l'augmenter sans danger. Houghton et Aldrich ont pu donner sans inconvénients une dose de 3 grammes en une seule fois. Donald cite le cas d'un morphinomane qui absorba en moins de huit heures près de 10 grammes de chlorétone et qui dormit pendant six jours de suite. Le remède peut être prescrit en solution alcoolique, en suspension dans un sirop ou en tablettes.

Les observations personnelles de l'auteur portent sur 25 malades (13 hommes, 12 femmes) atteints d'insomnie grave et dont quelques-uns étaient en proie à une excitation considérable. Il commença avec de petites doses qu'il éleva progressivement par la suite jusqu'à 2 gr. 5. Tous les malades traités étaient atteints d'affections mentales, maniaques, démence primitive, mélancoliques, démence sénile, etc... Nous n'accompagnerons pas l'auteur dans le détail de ses observations, mais les résultats qu'il publie sont excellents. Ils peuvent se résumer ainsi : *Action hypnotique*. La durée du sommeil provoqué varie de deux à cinq heures en moyenne selon la dose du médicament employée et la nature des affections traitées. L'action hypnotique se produisait au bout de 37 minutes, à 2 h. 6 min. Le sommeil était tranquille ; dans quelques cas on put observer que l'insomnie était moins forte les soirs qui suivirent la prise du remède. En général une dose de 1 gramme à 1 gr. 50 suffisait pour provoquer un repos suffisant. Chez les agités, cependant, il convient de porter la dose à 2 grammes. L'action du chlorétone, sans surpasser celle des autres hypnotiques, tel le chloral, ne leur est pas inférieure.

Le Glutol pour le pansement des plaies.— C'est une gélatine à la formaldéhyde.

Pour la préparer on dissout 500 grammes de gélatine dans quantité suffisante d'eau, on ajoute 25 gouttes d'aldéhyde formique pur, on la dessèche dans une atmosphère chargée de vapeurs de formaldéhyde et on la réduit en poudre ; il faut la conserver dans un lieu sec, en présence de traces d'aldéhyde formique.

Schleich a fait connaître les propriétés antiseptiques de cette préparation dans le traitement des plaies ; au contact des cellules vivantes elle

se décompose graduellement avec dégagement de vapeurs de formol qui, se trouvant à l'état naissant, déterminent l'asepsie complète de la plaie.

Cette préparation appliquée directement sur les plaies tarit bientôt la suppuration et détermine une cicatrisation rapide. Dans les plaies de mauvaise nature et dans les ulcères atonique, Schleich l'humecte de temps en temps avec quelques gouttes du mélange suivant :

Pepsine............. 2 grammes
Acide chlorhydrique.. 0,30
Eau distillée........ 100 gr.

Le Menthoxol comme désinfectant. — Ligowski a étudié ce remède dans la clinique du professeur Rosenberg, de Berlin. Ce médicament est composé de menthol 1 p. 100, d'eau oxygénée 3 p. 100 et d'alcool 33 p. 100. C'est un bon désinfectant. Une solution de menthoxol à 16 p. 100, dont on imbibe de petits tampons d'ouate, cause à la muqueuse du nez une sensation de brûlure ; dans l'ozène, la rhinite atrophiante, la laryngite sèche, la rhinopharyngite, on peut employer, avec succès, en badigeonnages, une solution de menthoxol à 10 p. 100.

Dans l'ozène, notamment, les résultats sont excellents.

L'Ecthol contre l'érysipèle. — R. Lectoure a étudié l'ecthol, médicament qui passe pour empêcher la formation du pus. L'auteur invoque les expériences de Moore qui a trouvé que l'ecthol donnait d'excellents résultats dans le traitement de l'érysipèle. Dans cette affection, on ne se contente pas de badigeonner chaque jour la partie malade des téguments, on administre également ce médicament à l'intérieur, en le combinant avec des stimulants et des toniques. (*Nouveaux remèdes,* mai 1902.)

La nerrocidine nouvel anesthésique local. — Quelques dentistes hongrois ont utilisé un nouvel anesthésique local, tiré d'une plante des Indes nommée *Gasu-Basu*. L'action de cette plante fut découverte l'an dernier par un dentiste de Fiume (Dalma). Cet auteur utilisa les propriétés anesthésiques de cette plante dans le traitement de certaines pulpites douloureuses, et la déclara propre à remplacer l'arsenic dans de semblables conditions. Dalma a séparé le principe actif de la plante, un alcaloïde, qu'il utilisa après l'avoir traité par l'acide chlorhydrique. Ce sel a été nommé : « nerrocidine » et ses propriétés pharmacologiques ont été étudiées dans le laboratoire du prof. von Bokay à Budapest, par le Dr von Fenyvessy. Cet auteur a pu constater ce qui suit :

La nerrocidine est une poudre jaune hygroscopique, facilement soluble dans l'eau, moins soluble dans l'alcool et l'éther. La nerrocidine est amorphe et ne peut pas être obtenue à l'état cristallin.

En solutions faibles (1/10 à 1/100 p. 100), la nerrocidine produit un effet anesthésique local marqué sur la cornée des animaux à sang chaud. Deux gouttes d'une solution à 1/20 p. 100, appliquées sur la conjonctive d'un homme, produisent une sensation de brûlure accompagnée de larmes et suivie, 20 minutes après, d'une anesthésie qui peut durer pendant 5 heures. 7 heures après, la cornée reprend les conditions normales d'existence.

Une solution d'un 1/10 p. 100 de nerrocidine appliquée par frottement sur la muqueuse de la joue provoque l'anesthésie de la surface frottée et de la langue, accompagnée de la perte du goût et de l'abolition du sens du toucher ; la perception du chaud et du froid est conservée toutefois. Des solutions d'une teneur excédant 1/2 p. 100 produisent l'irritation de la cornée, les solutions à 2 p. 100 provoquent sur la cornée des lapins et des chiens de graves kératites ulcéreuses persistant pendant 5 à 10 jours. L'anesthésie de la cornée persiste pendant toute la durée de la kératite, la sensibilité revient avec l'intégrité de la cornée.

MÉDICATIONS NOUVELLES
applicables en Gynécologie et Pédiatrie

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par l'orexine. (Prof. Ludwig Pick, de Vienne.) — Sous le nom de *Heperemesis gravidarum,* Pick désigne non pas les vomissements presque physiologiques qui se montrent habituellement au début de la grossesse et qui cessent d'eux-mêmes au quatrième mois, mais les vomissements in-

coercibles qui se prolongent jusque dans la deuxième moitié de la grossesse, voir même jusqu'à son terme. C'est alors une complication sérieuse qui altère plus ou moins l'état général de la femme enceinte.

M. L. Pick en rapproche 22 observations, qu'il groupe en trois catégories selon la gravité médiocre, moyenne ou grande des cas. Toutes les malades ont été traitées à la clinique universitaire (Pr Schanta) ; elles ont dû être hospitalisées et soumises au repos au lit, à la diète lactée, etc.

Dans quelques-uns des cas légers on a, suivant les conseils du Pr Frommel, prescrit l'*orexine* à la dose quotidienne de trois cachets de 0 gr. 30. Quelle que soit l'interprétation que l'on donne au mode d'action de ce médicament, de l'avis de M. L. Pick les résultats en ont été très satisfaisants.

Dans un cas grave, rebelle, l'orexine fut administrée en lavements ; au bout de 3 jours les vomissements s'arrêtent ; 4 jours plus tard, malgré la suspension du traitement, la malade put prendre des aliments solides, et enfin huit jours après, elle quitta l'hôpital guérie.

Traitement interne du prurit par l'acide lactique. — On a essayé des médications internes contre les prurits sans en retirer d'avantages très sérieux. Parmi les substances employées, il en est une cependant préconisée par M. Du Castel depuis longtemps et qui donne parfois des résultats inattendus ; c'est l'acide lactique. Voici dans quelles conditions il fut conduit à reconnaître ses propriétés anti-prurigineuses.

Ayant à soigner un enfant atteint d'un prurit violent généralisé, chez lequel tous les moyens employés avaient échoué, et de la diarrhée étant survenue, M. Du Castel lui administra de l'acide lactique pour combattre les troubles digestifs. Or, sous cette influence, le prurit ne tarda pas à disparaître complètement. Depuis, il l'a donné à nombre d'enfants atteints de prurits plus ou moins violents, et dans bien des cas il a obtenu un succès complet. Bien des cas de prurits séniles ont été ainsi considérablement améliorés. Chez une malade atteinte d'un prurit vulvaire datant de quatre ans, obèse, mais n'ayant pas de sucre dans l'urine, tout avait été fait sans succès. L'acide lactique fut essayé et, quinze jours après, le prurit avait disparu ; deux ans après, la guérison s'était maintenue. Le même résultat a été obtenu dans des cas de prurit anal.

L'explication de ces faits est assez difficile à donner ; mais c'est en tout cas une médication facile à employer, d'autant mieux qu'elle est bien supportée et peut-être continuée longtemps sans inconvénient. La dose employée chez les petits enfants est de 10 à 16 gouttes de la solution au centième, dose qu'on peut élever quand le médicament est bien toléré ; chez les adultes on donne généralement 1 gramme d'acide lactique par jour, dissous dans une assez grande quantité de véhicule liquide. (*J. de méd. et de chir. pratiques*, mars 1902.)

Les injections d'oxyde jaune de mercure dans la syphilis. (LOISON et WATRASZEWSKI.) — Comme le sel s'altère assez facilement à la lumière, et acquiert, en devenant presque rouge, des propriétés irritantes, il faut qu'il soit de préparation relativement récente. Loison met la poudre en suspension non pas dans la vaseline liquide, mais dans un mucilage obtenu par la dissolution de gomme arabique (30 centigrammes) dans de l'eau distillée (30 grammes). La solution est, aussitôt avant l'injection, portée à l'ébullition, qu'il ne faut d'ailleurs pas prolonger, car on produirait la transformation en oxyde rouge. A chaque séance, on injecte 1 cc. de solution (5 centigrammes d'oxyde).

L'injection est poussée dans les muscles fessiers, au point de Galliot; ce point se trouve à l'intersection d'une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter, et d'une verticale menée à l'union des deux tiers antérieurs et du tiers postérieur de la fesse. Ce point est remarquable par l'absence de vaisseaux et de nerfs importants.

Quatre injections, à raison d'une par semaine, suffisent, habituellement pour amener la disparition des accidents habituels. On peut ensuite continuer le traitement à raison d'une injection par mois la première année, puis chaque deux mois la deuxième année, en alternance alors avec le traitement ioduré.

Cette méthode permet un dosage exact du composé mercuriel administré : elle évite l'irritation du tube digestif par les pilulés de protoiodure ou la liqueur de Van Swieten ; la peau et le linge du malade ne sont pas salis, comme cela arrive avec les frictions mercurielles. Les effets thérapeutiques sont rapides et puissants.

Quelquefois il se produit, consécu-

tivement à l'injection, des douleurs fessières, de l'engourdissement ; mais il suffit au malade de rester couché un jour ou deux ; cela peut se produire également après les injections de calomel.

L'acide picrique contre la blennorragie. — M. de Brun emploie une solution aqueuse d'acide picrique dont le titre varie de 1 pour 200 à 1 p. 100. Les injections sont faites à canal fermé et restent trois minutes en contact avec la muqueuse urétrale. Elles sont répétées deux à trois fois par jour quand elles sont bien supportées, et une fois seulement lorsqu'elles sont douloureuses, ce qui est fort rare. Le plus souvent, en quatre ou cinq jours, la guérison radicale est obtenue dans les blennorragies aiguës. Des guérisons aussi rapides et définitives ont été également réalisées dans des blennorragies chroniques qui avaient résisté à tous les traitements. Il est bon d'ajouter que ces résultats ne comptent que pour les urétrites antérieures, c'est-à-dire pour celles dans lesquelles l'injection peut atteindre le siège du mal. Dans l'urétrite postérieure, il serait sans doute indiqué de recourir aux instillations ; mais M. de Brun n'a pas eu jusqu'ici l'occasion d'en faire et ne peut par conséquent donner à ce sujet aucun renseignement.

Un des premiers effets de l'injection d'acide picrique est de modifier la nature de l'écoulement. De vert ou jaune qu'il était, cet écoulement, dès ces premières injections, devient presque clair ; il perd sa purulence et son opacité. Quelquefois, il est vrai, il devient plus abondant, pour diminuer et disparaître dès que les injections ont été suspendues. Quant à l'effet du traitement sur les gonocoques, il est remarquable : ceux-ci comme les leucocytes, diminuent rapidement de nombre.

L'alcool acidifié pour le pansement des plaies. — D'après d'Antona, l'alcool à 70°, C, avec de l'acide acidifié acétique (XX gouttes d'acide pour 100 grammes d'alcool), tue rapidement les staphylocoques, agents habituels de la suppuration au niveau des fils à suture. Il constituerait, par conséquent, le meilleur moyen d'assurer la réunion des plaies par première intention.

Voici quelle est la conduite adoptée actuellement, par d'Antona, pour les plaies qui doivent guérir par réunion immédiate ;

Les fils destinés aux sutures restent immergés dans l'alcool acidifié tant que dure l'opération. Au moment de s'en servir, on les sort du liquide antiseptique et on les essuie avec de la tarlatane stérilisée pour enlever l'humidité. En appliquant les sutures, on a soin, pour éviter la pénétration des germes pathogènes de la surface cutanée dans les profondeurs de la plaie d'enfoncer l'aiguille toujours de dedans en dehors (des parties profondes vers la peau). La plaie une fois suturée, on la lave à l'alcool acidifié, on la tamponne quelques instants avec de la tarlatane imbibée de ce même liquide et on y applique enfin un pansement de tarlatane plié en plusieurs doubles, dont les couches inférieures sont humectées d'alcool acidifié. Au bout de deux jours, on renouvelle le pansement, après avoir lavé la plaie à l'alcool acidifié. Au cinquième jour, on enlève les sutures et on continue à panser avec la tarlatane imbibée d'alcool acidifié.

Il faut dire que l'alcool acidifié, en plus de son action antiseptique, exerce sur les tissus un effet siccatif qui favorise singulièrement la cicatrisation. Pour ce qui concerne en particulier l'acide acétique, il renforce l'action microbicide de l'alcool en augmentant sa puissance de pénétration et d'imbibition.

Traitement du ténia chez les enfants. (DRIVON). — Les enfants, même très jeunes, peuvent être affectés de ténias. Dernièrement, j'étais appelé à donner mon avis sur le traitement d'un enfant de 2 ans chez lequel le kousso n'avait donné qu'un résultat incomplet et temporaire. En pareil cas, le praticien est évidemment embarrassé. Tanret prescrit de réduire sa formule proportionnellement à l'âge et la résistance du malade, aux trois quarts, à la moitié et même au tiers pour les enfants de 3 à 4 ans ; Duhourcau, de faire prendre à l'enfant autant de capsules, plus une, qu'il compte d'années.

Baumel emploie la formule suivante :

Huile éthérée de fougère mâle.................. 2 gr.
Essence de térébenthine. } ãã 2 gr.
Eau distillée .... }
Gomme arabique pulvérisée 2 gr.

A prendre en une seule fois dans du lait, et 2 heures après huile de ricin 15 gr.

Il y a encore une autre formule, de Leméré, pour enfants de 6 à 12 ans, dans laquelle l'extrait de fou-

gère et le calomel sont associés à la poudre et au sirop de gomme.

Lorsqu'il s'agit d'enfants très jeunes, je crois qu'il faut s'abstenir de médications offensives. Je n'ai jamais donné la pelletiérine au-dessous de 15 ans et j'hésiterais à donner à des enfants au-dessous de 4 ans des doses de 3 à 4 gr. d'extrait de fougère.

En pareil cas, j'emploie un ténicide peu sûr, sans doute, mais qui ne saurait, même à dose exagérée, déterminer au plus qu'une indigestion : c'est la graine de courge. Mondée, pulvérisée avec du sucre additionné de lait, d'eau de fleur d'oranger, de vanille ou de quelque autre substance agréable à l'enfant, elle est prise sans répugnance et même avec plaisir : une heure après, on donne une cuillerée d'huile de ricin. En cas d'insuccès, il est facile de renouveler le traitement et l'on n'est pas exposé à des accidents causés par un remède trop énergique.

D'après Bérenger-Féraud, la graine de courge ne réussirait qu'une fois sur vingt ; ma statistique est plus favorable à cet inoffensif ténifuge. Je l'ai employé 35 fois avec 4 succès immédiats et 15 insuccès ; 16 fois le malade a été perdu de vue. Même en comptant comme insuccès ces 16 derniers cas, il y aurait encore 4 succès sur 35, c'est-à-dire 1 sur 9. Peut-être pourrait-on encore améliorer ces résultats en faisant absorber, la veille, une panade proportionnée à l'âge de l'enfant. Au moins, on ne risquerait pas de le rendre malade ou de le fatiguer outre mesure pour le débarrasser d'un parasite qui ne compromet nullement son existence.

Traitement des névralgies par le sérum. — Le Dr Bernard a consacré sa thèse à l'étude de ce traitement qu'il a appliqué en des cas de névralgies sciatiques, lombaires, scapulaires, faciales, etc.

De sérum, composé de 5 grammes de chlorure de sodium et de 10 grammes de sulfate de soude pour mille grammes d'eau distillée, il chargeait une seringue dont il injectait 5 *centim. cubes* sous la peau ou dans les masses musculaires au niveau des points douloureux. Six injections maximum, étaient faites par séance quotidienne. Après trois ou quatre séances, il a généralement remarqué que la névralgie cédait sans qu'il se produisît de réaction.

Il paraît que souvent l'on arrive à d'aussi bons résultats avec les injections de glycéro-phosphate de soude.

FORMULES PRATIQUES

Le chlorure de calcium contre les hémorragies.

(BERTIGNON.)

Ce médicament peut être donné sans aucune crainte soit par la voie buccale, soit par la voie rectale, en lavements.

Voici la formule :

Chlorure de calcium stérilisé.	4 gr.
Sirop de menthe..............	30 gr.
Eau distillée..................	90 gr.

à prendre dans les 24 heures, par cuillerée à soupe toutes les deux heures. Renouveler la potion les jours suivants s'il est nécessaire. En prescrivant 4 à 6 grammes par jour, cela est suffisant.

Le lavement est prescrit selon la formule suivante :

Chlorure de calcium.......	10 gr.
Eau distillée stérilisée......	200 gr.

que l'on fait précéder d'un lavement chaud évacuateur, le lavement médicamenteux devant être gardé le plus longtemps possible.

Le chlorure de calcium trouve son indication dans des hémorrhagies de toutes sortes et dans toutes les maladies présentant le symptôme ou la complication hémorrhagie, hématémèses, hématuries, entérorrhagies, épistaxis, etc., mais c'est surtout dans les métrorrhagies qu'il donne de bons résultats.

Formules équivalentes du bromidia.

(MARTINDALÉ.)

Bromure de potassium....	6 gr.
Chloral hydraté..........	6 »
Extrait de cannabis indica.	0 » 05
— de jusquiame.......	0 » 05
Eau distillée.......Q. s. p.	32 »
de solution.	

CABANNES (de Montpellier).

Sirop d'hydrate de chloral du Codex................	25 gr.

Bromure de potassium..... 1 »
Extrait de cannabis indica. 0 » 01
— de jusquiame....... 0 » 01
Eau alcoolisée (alcool à 90°
et eau a. a. p. e.).....Q.
s. p. parf................ 30 cc.

On triture, dans un mortier, le bromure de potassium avec le sirop de chloral jusqu'à solution, et on verse dans un flacon de 30 grammes. On dissout ensuite les extraits dans la quantité d'eau alcoolisée prescrite, et on mélange au sirop.

Mixture peu colorée, limpide, que le malade absorbe plus facilement que le bromidia américain lui-même, en raison de sa correction par l'essence de menthe que contient le sirop de chloral officinal.

Son titre est de 1 gramme de chloral et de bromure par 30 cc., soit 50 cent. de chacun par cuillerée à soupe.

Traitement des névralgies par les injections d'éther.

(Kums)

Les névralgies traitées par médication étaient de nature rhumatismale (névralgie brachiale, torticolis, céphalalgie, odontalgie).

M. Kums emploie de préférence la liqueur anodine d'Hoffmann, qui contient parties égales d'éther et d'alcool et qui est moins volatile que l'éther pur. La dose est d'un gramme, c'est-à-dire la capacité d'une seringue de Pravaz. On pratique l'injection au voisinage du foyer douloureux à son point d'irradiation.

Cette injection est douloureuse et suivie d'une tuméfaction passagère des téguments. Pendant plusieurs heures et même plusieurs jours, cette région reste anesthésiée.

Traitement de la pelade par le phosphore

(Bialobjeski)

L'auteur associe le phosphore à l'arsenic, suivant la formule suivante :

Phosphore........... 0 gr.06 cent.

Faire dissoudre dans de l'huile d'olives et ajouter :

Acide arsénieux...... 0 gr. 01 cent.

F. S. A. 120 pilules. — A prendre : de 1 à 4 par jour.

Cette médication se montrerait naturellement d'autant plus efficace que la pelade serait d'origine plus récente. En général, au bout d'un mois, on ne verrait plus apparaître de nouvelles plaques d'alopécie, et la durée totale du traitement serait de deux à quatre mois. Il est bon, d'ailleurs, d'interrompre la cure deux ou trois fois, durant une huitaine de jours.

Pommade pour lubréfier les instruments (spéculum, etc.)

M. Guyon emploie, pour lubréfier les instruments et les sondes urétrales, une pommade très glissante, qui a en outre l'avantage d'être antiseptique sans être irritante.

En voici la formule :

Sublimé............. 0 g. 02 cent.
Eau.................. 25 gr.
Poudre de savon....... 50 gr.
Glycérine.............. 25 —

Cette pommade, ne contenant aucun corps gras, pourrait servir, au même titre que le glycérolé d'amidon, de véhicule aux substances, qui, comme l'orthoforme contre-indiquent l'emploi des graisses.

Traitement de la vulvo-vaginite infantile.

(Marfan)

Conseiller le repos au lit, pour éviter l'irritation des organes génitaux ; prescrire un traitement antiseptique par la solution de permanganate de potasse à 1 pour mille d'abord et ensuite à 1 pour cinq cents.

Pour bien soigner l'enfant, il faut la placer en position obstétricale, sur une toile cirée, parce que le permanganate brûle le linge.

On lave à grande eau la vulve et les parties voisines et, pour attaquer la vulve vaginale, on fait usage d'une sonde molle de caoutchouc pour faire pénétrer le liquide dans le vagin, *sous faible pression*, afin d'éviter sa pénétration dans l'utérus et d'occasionner de la métrite.

Traitement des vomissements graves.

Ces formules s'appliquent aux vomissements en général et plus particulièrement à ceux qui accompagnent la toux chez les tuberculeux.

Eau chlorofor. saturée... } ãã 250 gr.
Eau de fl. d'oranger..... }

On peut employer encore la potion suivante :

Menthol............ 0 gr. 20
Julep gommeux..... 150 —

Deux à quatre cuillerées à soupe, espacées, après le repas.

2° L'irritation de voisinage, qui met en jeu l'intolérance gastrique,

doit aussi être recherchée et traitée (complications de nature tuberculeuse occupant l'arrière-gorge, le pharynx ou l'épiglotte). En dehors du traitement curatif dont nous n'avons pas à nous occuper en ce moment, il y a le traitement palliatif, l'anesthésie locale, et on obtient celle-ci par des badigeonnages :

1° Bromure de potassium	3 gr.
Glycérine	30 —

Un badigeonnage pharyngé avant chaque repas.

2° Chlorhydrate de cocaïne.	2 gr.
Eau	100 —

Badigeonner le larynx au moment présumé du vomissement.

3° Diiodoforme	8 gr.
Chlorhydr. de cocaïne	0 — 08
— de morphine.	0 — 04

Pour insufflations (ce traitement a également l'avantage d'agir sur les lésions).

Contre la diarrhée estivale des enfants.

Chloroforme	3 parties
Ether sulfurique	2 —
Acide perchlorique	3 —
Teinture de chanvre indien	2 —
Sirop simple	20 —
Teinture de capsicum	3 —
Morphine	1 —
Acide cyanhydrique dilué.	1 —
Essence de menthe poivré	5 parties

de 5 à vingt gouttes dans un peu d'eau.

Traitement de la pelade.

(Dr Gastou.)

1° Isoler les plaques, les circonscrire par l'épilation, irriter le cuir chevelu pour faciliter la repousse. Rechercher les foyers infectieux du voisinage, les lésions dentaires (Jacquet), les troubles organiques ou viscéraux et les traiter. Couper les cheveux ras chaque fois qu'on le pourra. Si la pelade est limitée ou à plaques multiples, épilation autour de chaque plaque.

2° Le traitement peut être confié au malade en lui recommandant de cesser dès qu'il survient de la rougeur, du suintement, des excoriations ou des croûtelles.

Tous les jours frictions avec une boulette d'ouate imbibée de :

Acide phénique	4 gr.
— acétique	2 »
Glycérine }	ââ 50 »
Alcool }	

Enduire ensuite la plaque de :

Vaseline	20 gr.
Salol	1 »

Laver le cuir chevelu à la liqueur de Van Swieten.

3° Quand la pelade résiste, alterner avec la liqueur de Van Swieten, un des mélanges excitants suivants :

Chloral	1 gr.
Alcool camphré	185 »
Essence de térébenthine	15 »
Chloral	1 »
Sublimé	0 » 25
Essence de térébenthine	15 »
Baume de Fioraventi	30 »
Alcool camphré	150 »

Ou bien, s'il y a des comédons, de la séborrhée fluente ou sèche :

Alcool camphré	90 gr.
Essence de térébenthine	10 »
Sublimé	0 » 10
Glycérine	20 »
Sublimé de térébenthine	0 gr. 05
Essence	10 »
Benzine	20 »
Ether	40 »
Alcool camphré	150 »

Sur les plaques et au pourtour appliquer :

En cas de séborrhée sèche:

Vaseline	15 gr.
Baume du Pérou	15 »
Soufre sublimé	3 »

En cas de séborrhée huileuse :

Huile de cade	20 gr.
Soufre sublimé }	ââ 1 »
Acide salicylique }	

En cas de comédons et d'acné :

Baume du Pérou	5 gr.
Onguent Styrax	10 »
Acide salicylique }	ââ 1 »
Turbith }	
Vaseline	20 »

Faire tous les 6 à 8 jours sur les plaques une friction avec de l'ouate imbibée légèrement de :

Acide phénique	9 gr.
Glycérine ou alcool	1 »

Essuyer tout de suite après. Cette application devra être faite par le médecin et cessée dès qu'il y a rougeur, suintement, vésication.

Epiler tous les huit jours.

Dans les cas de pelade généralisée, faire le traitement précédent par petites plaques successives.

(*Journal des Praticiens.*)

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

OBSTÉTRIQUE

—

I

Dans l'état actuel de la science, existe-t-il des cas où, s'il y a viciation pelvienne, le médecin peut, sans engager sa responsabilité morale, se décider à provoquer l'accouchement ?

Par M. Paul Bar (1).

Vous savez que M. Pinard condamne sans réserves l'accouchement prématuré provoqué. Quelles objections adresse-t-il à cette méthode de traitement qui avait fait naître de si grandes espérances ?

Je puis les ranger sous trois chefs principaux :

1° L'accouchement prématuré artificiel tue plus de 30 p. 100 des enfants ;

2° L'accouchement prématuré artificiel ne peut produire que des prématurés, c'est-à-dire des êtres à développement incomplet, ne possédant pas toutes les aptitudes à vivre de la vie extra-utérine, pour la plupart candidats-nés aux malalades et aux infirmités ;

3° L'accouchement provoqué, qui pouvait être légitime quand l'opération césarienne et la symphyséotomie nous donnaient les pires résultats, n'a plus de raison d'être aujourd'hui que, grâce à l'antisepsie, notre impuissance a disparu.

S'il en est vraiment ainsi, l'accouchement provoqué doit être proscrit, et l'accoucheur qui le conseillerait encourrait vraiment une grande responsabilité morale.

Mais en est-il ainsi ?

Etudions donc les trois objections que je viens de dire.

I. — *L'accouchement prématuré artificiel fait-il succomber plus de 30 p. 100 des enfants ?*

Voyons ce que disent les statistiques. En voici deux. La première appartient à M. Pinard :

Sur 100 accouchements qu'il a provoqués, la mortalité infantile a été de 32 %.

La seconde m'appartient ; sur 100 accouchements (dont 1 avec jumeaux) que j'ai provoqués, la mortalité infantile a été de 25,74 %.

Il semble donc que l'argument soit fondé. Mais j'ai démontré que ces chiffres étaient sans valeur parce que les faits réunis, aussi bien par M. Pinard que par moi, étaient très disparates.

Quand on provoque l'accouchement, des facteurs très différents se groupent pour amener la mort de l'enfant.

Cependant, parmi toutes les causes qui influent sur les résultats de l'accouchement provoqué, il en est une qui domine toutes les autres le degré de la viciation pelvienne.

(1) Leçon faite à la Maternité de Saint-Antoine, le 23 janvier 1902.

Les résultats sont, en effet, d'autant plus mauvais que la viciation est plus marquée, et j'ai pu, en étudiant de près les faits, établir la classification suivante :

Bassins de 61 à 70 millimètres : la mortalité infantile varie, suivant les statistiques, de 80 à 100 p. 100.

Bassins de 70 à 80 millimètres : la mortalité infantile est de 53,33 p. 100 (Bar).

Bassins de 81 à 85 millimètres : la mortalité infantile est de 31,57 p. 100 (Bar).

Bassins de 86 à 90 millimètres : la mortalité infantile est de 12 p. 100 (Bar).

Bassins de 91 à 100 millimètres : la mortalité infantile est de 8,69 p. 100 (Bar).

Bassins de 101 à 110 millimètres : la mortalité infantile est de 0 p. 100 (Bar).

Nous voilà bien loin de cette mortalité de 30 p. 100 que les adversaires de l'accouchement provoqué citent à tout propos et qui n'est qu'un argument de polémique. La vérité est autre.

Suivant les cas, les résultats de l'accouchement provoqué sont pires et meilleurs que ce chiffre de 30 p. 100 le laisse supposer.

Dans les bassins inférieurs à 80 millimètres, les résultats sont désastreux ; ils sont mauvais dans les bassins de 80 à 85 millimètres ; ils deviennent satisfaisants au-dessus.

La conclusion qui s'impose est donc la suivante :

Il faut rejeter l'accouchement provoqué dans les bassins mesurant moins de 80 millimètres ;

Ne l'accepter qu'avec défiance (pour moi je préfère le rejeter) dans les bassins de 80 à 85 millimètres.

Mais on devra le considérer comme une bonne opération dans bien des cas où le bassin mesure de 86 à 90 millimètres ;

Il est vraiment une opération excellente dans les bassins mesurant plus de 90 millimètres : excellente dans ses résultats immédiats, excellente aussi dans ses résultats éloignés.

II. — *L'accouchement prématuré artificiel ne peut-il, en effet, produire que des êtres à développement incomplet, ne possédant pas toutes les aptitudes à vivre de la vie extra-utérine, et, pour la plupart, candidats-nés aux maladies et aux infirmités ?*

L'objection est fondée si l'on envisage les accouchements provoqués dans des bassins dont le diamètre conjugué supérieur est inférieur à 80 et même à 85 millimètres. Elle ne l'est plus quand on pratique cette opération dans les bassins mesurant plus de 85 millimètres, et surtout plus de 90 millimètres.

Les enfants qu'on extrait alors pèsent plus de 2,500 grammes et on les élève facilement. Quoi que puissent dire, à ce point de vue, les adversaires de l'accouchement provoqué, si, à leur naissance, ces enfants sont un peu moins vigoureux que ceux nés à

terme, leur infériorité est minime ; elle disparaît vite, et ils ne restent pas des candidats-nés aux maladies et aux infirmités.

III. — *Que penser de la dernière objection ?*

La section césarienne et la symphyséotomie ont-elles vraiment fait disparaître notre impuissance ?

En partie seulement.

Elles restent des opérations sérieuses et l'antisepsie n'a pas fait disparaître tous les risques qu'elles entraînent. Aujourd'hui encore, elles ne sont pas sans faire courir des dangers à la mère, et elles laissent à l'enfant des chances de mort : je vous dirai tout à l'heure dans qu'elle mesure.

A la vérité, le médecin, en provoquant l'accouchement dans les limites que j'ai indiquées, satisfait à son devoir qui est de protéger la mère en nuisant le moins possible à l'enfant : il protège la mère puisqu'il lui évite les dangers d'opérations telles que la symphyséotomie et l'opération césarienne, alors que les risques de l'accouchement provoqué sont minimes pour elle (1 p. 100).

Nuit-il à l'enfant ? Bien peu assurément. La mortalité infantile après l'accouchement provoqué dans des bassins mesurant plus de 85 millimètres n'est pas supérieure à celle qu'on observe quand l'accouchement a lieu à terme. C'est vraiment payer bien peu cher les bonnes chances qu'on donne à la mère que les acheter au prix de la légère et très passagère infériorité de l'enfant au moment de sa naissance.

Je conclus donc que, dans les limites indiquées, vous pouvez, sans engager votre responsabilité morale, adopter l'accouchement provoqué comme opération de choix.

Cependant, vous n'oublierez pas qu'en toute circonstance, vous devez agir en médecins s'attachant à ne pas faire d'intervention inutile. Moins le bassin est rétréci, plus les chances d'accouchement spontané à terme sont grandes : vous ne devez donc provoquer l'accouchement que dans les cas où l'expectation aurait pour conséquence une disproportion entre le volume de l'enfant et la capacité du bassin.

C'est la clinique qui, seule, peut vous apprendre à agir au moment opportun.

II

Dans l'état actuel de la science, existe-t-il des cas où, s'il y a viciation pelvienne, le médecin peut, sans engager sa responsabilité morale, se décider à pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant ?

Oui.

Autrefois, quand une femme était en travail, quand il était acquis que l'accouchement ne pouvait se terminer sans une intervention, on s'appliquait à extraire l'enfant par la version ou avec le forceps, et en cas d'échec, on pratiquait l'embryotomie.

Généralement, à ce moment, l'enfant était mort. Parfois, il n'en valait guère mieux, bien que son cœur battît encore.

J'ai vu pratiquer l'embryotomie sur des enfants vivants, bien vivants, qui respiraient encore une fois extraits. Rien ne saurait exprimer l'angoisse que nous éprouvions tous, opérateur et assistants, quand nous voyions respirer un enfant dont le crâne venait d'être broyé !

Mais c'était là un mal nécessaire. Devant l'échec certain de la section césarienne, devant l'ignorance où nous étions de la symphyséotomie, la seule limite à l'embryotomie était une étroitesse telle du bassin que broyer l'enfant devint impossible.

La renaissance de l'opération césarienne et de la symphyséotomie a heureusement modifié une telle pratique

Mais ces deux opérations permettent-elles de répondre à toutes les éventualités, et peut-on dire que, grâce à leurs bons résultats, l'embryotomie ne doit être réservée qu'aux cas où l'enfant est mort ? Je ne le pense pas.

Je serai bref en ce qui concerne l'opération césarienne.

On me range volontiers parmi les partisans de cette opération ; j'y ai, en effet, assez volontiers recours, et peut-être ai-je utilement contribué au mouvement qui se dessine dans notre pays en sa faveur.

Mais je ne saurais assez répéter que, si la section césarienne est facile, elle est dangereuse.

Pour donner de bons résultats, elle doit être faite dans un milieu où l'asepsie est parfaite, sur des malades saines, et par des mains exercées.

Elle ne donnera de nombreux succès que si elle est faite avant le travail, à son début ou peu après celui-ci, quand aucun incident ne sera venu diminuer les chances de survie de l'enfant ou faire craindre que la mère soit sous le coup d'accidents infectieux.

Or, il ne peut être question de recourir à l'embryotomie que lorsque la dilatation est complète, c'est-à-dire lorsque le travail dure généralement depuis assez longtemps. Dès lors, les circonstances sont rares dans lesquelles se pose le dilemme : embryotomie ou section césarienne.

Il faudrait que le travail eût été rapide, que les membranes fussent intactes ou rompues depuis peu de temps, qu'il n'y eût aucun signe de souffrance de l'enfant, d'ailleurs vigoureux, et qu'il semblât trop hasardeux de tenter son extraction par une application de forceps ou par la version.

En pareille occurrence, il ne pourrait être question de sacrifier l'enfant de parti pris. Une opération sanglante, section césarienne ou symphyséotomie, peut, doit être proposée, et volontiers j'opterais pour la première. Mais est-il bien commun de rencontrer des conjonctures aussi favorables ?

Le plus souvent, quand la question de l'embryotomie se pose, le

travail dure depuis de longues heures ; les membranes sont rompues, et depuis longtemps l'enfant souffre ; parfois des tentatives d'extraction par le forceps auront singulièrement réduit les chances de réussite de la section césarienne. Ce serait assumer une bien grande responsabilité que d'exposer, pour l'existence déjà compromise de l'enfant, la mère à tous les dangers d'une hystérotomie faite dans de telles conditions.

Si nous n'avions à notre disposition que la section césarienne, on serait conduit, aujourd'hui encore, à sacrifier l'enfant, moins souvent qu'autrefois, mais dans un assez grand nombre de cas. Heureusement, la symphyséotomie, moins dangereuse dans ses suites immédiates que la section césarienne, peut être faite quand celle-ci doit être rejetée.

Elle constitue donc une ressource précieuse qui vient limiter le nombre des cas où on est obligé de sacrifier l'enfant. Mais les circonstances sont-elles toujours si favorables que, celui-ci étant vivant, le dilemme embryotomie ou symphyséotomie se posant, on doive opter pour cette dernière ?

Essayons, en nous limitant à l'étude du point précis que nous étudions, de fixer la limite qu'il ne faut pas dépasser sans risquer d'aller au-devant d'échecs.

1° *La symphyséotomie ne doit être pratiquée que sur des femmes non infectées, ou ne paraissant pas l'être.*

Si vous vous trouvez devant une femme épuisée, ayant de la température, dont l'utérus laisse couler un liquide amniotique fétide, vous tenterez de terminer l'accouchement par une application de forceps, par une version, et vous donnerez ainsi à l'enfant des chances de survie.

Mais si ces opérations vous semblent contre-indiquées, vous ne devez pas faire la symphyséotomie. Dites-vous bien que cet enfant, même si ses battements cardiaques sont encore bons, est compromis ; qu'il risque, et beaucoup, de succomber pendant les premiers jours qui suivront sa naissance, que sa mort sera due à l'infection qu'il a contractée *in utero*.

Si vous sectionniez la symphyse, le résultat serait le même, et à quel prix l'auriez-vous acheté ! Vous auriez fait subir à la mère une opération particulièrement dangereuse pour sa vie par suite des conditions où vous l'auriez entreprise.

Si la symphyséotomie est contre-indiquée dans de tels cas, que vous reste-t-il à faire ? L'embryotomie, et vous la ferez, même si l'enfant est vivant.

2° Mais il est encore une circonstance où vous devrez vous résoudre à sacrifier l'enfant :

Dans certains cas, la mère n'est pas infectée, ou ne semble pas l'être, mais l'enfant souffre : ses battements cardiaques sont sourds, irréguliers : le liquide qui s'écoule est teinté de méconium. Les risques résultant de l'infection préalable de la mère ne semblent pas

exister, et la symphyséotomie ne comporterait pas les dangers qu'elle entraînait tout à l'heure. Cependant, vous ne devez pas y avoir recours, et vous devez opter pour l'embryotomie, après échec de la version ou de l'application du forceps ou encore s'il y a contre-indication de ces opérations.

En effet, si un tel enfant naît parfois vivant et s'élève bien, il n'aura souvent qu'une existence précaire, et il succombera tôt après sa naissance. Voilà le résultat pour lequel vous aurez exposé la mère, non seulement aux dangers immédiats ordinaires de la symphyséotomie, mais encore aux conséquences fâcheuses qu'on observe tardivement après elle.

Car, vous ne devez pas oublier que la symphyséotomie peut être suivie de prolapsus utérin, de troubles urinaires, avec ou sans déchirures de l'urètre ou de la vessie ; et parfois ces troubles urinaires constituent, alors même qu'il n'y a pas de fistule, une véritable infirmité ; dans quelques cas enfin, rares mais certains, l'écartement permanent des pubis peut devenir une cause de gêne dans la marche. Ce ne sont pas là des conséquences insignifiantes, et, bien qu'on conteste leur réalité, elles existent : il suffit de les avoir observées pour se montrer plus réservé que ne le sont les partisans enthousiastes de la symphyséotomie.

Acceptons donc la symphyséotomie, mais si nous voyons ses avantages, n'ignorons pas ses inconvénients. *Si la vie d'un enfant bien portant est assez précieuse pour qu'on impose à la mère les risques que cette opération comporte, la vie d'un enfant compromis ne les vaut pas ; mais surtout la vie d'un enfant, souvent déjà infecté malgré les apparences, ne vaut pas les grands dangers de cette opération, quand elle est faite sur une femme infectée.*

Voilà donc deux cas bien nets où le médecin peut, sans engager sa responsabilité morale, faire l'embryotomie même si l'enfant est vivant.

A la vérité, les cas de conscience ne se posent guère quand la situation se présente nette et précise. Les cas où vous aurez à les résoudre, ceux où, quelle que soit la décision à laquelle vous vous arrêtiez, vous sentirez avec anxiété combien votre responsabilité est engagée, sont ces cas limités où l'enfant souffre, mais peu ; ceux où les incidents font craindre qu'il y ait infection, sans que celle-ci semble sérieuse. Seule une forte éducation clinique peut, encore ici, vous aider à trancher les problèmes que soulèvent de pareilles situations.

III.

Voilà, Messieurs, les règles d'après lesquelles je dirige ma conduite.

Ai-je tort ? Ai-je raison ? Est-il bien sûr que bon nombre de ces enfants que j'estime compromis, que je me résous à sacrifier, ne naîtraient pas vivants et bien portants ? Est-il bien sûr que je n'exagère pas, pour la mère, les dangers de la symphyséotomie ?

Demandons aux faits de nous éclairer.

Je me suis attaché à ne pratiquer la symphyséotomie que sur des femmes saines et quand les enfants étaient, et sans réserve, bien portants.

J'ai ainsi pratiqué 25 fois la symphyséotomie. J'ai observé dans un certain nombre de cas des conséquences tardives fâcheuses, de celles que je vous ai dites tout à l'heure, mais je n'ai pas perdu une femme. D'autre part, tous les enfants sont venus au monde vivants ; ils sont sortis vivants et bien portants de mon service.

Le résultat a donc été aussi bon qu'il pouvait l'être. Eût-il été le même si j'avais agi avec moins de prudence ?

Je ne puis le croire.

Voyez, en effet, les résultats qu'a donnés la symphyséotomie à la clinique Baudelocque.

Après 100 symphyséotomies pratiquées jusqu'au 20 janvier 1899 :

12 femmes sont mortes ;

13 enfants sont morts.

A quelle cause convient-il d'attribuer un résultat aussi décourageant ? A ce que la symphyséotomie est une mauvaise opération ? Non, à coup sûr ; et ce que j'ai observé dans ma pratique suffit à le prouver. Quelle est donc la cause des échecs éprouvés à la clinique Baudelocque ?

Je me défends d'apporter dans cet exposé aucun parti pris, et je regretterais qu'un seul mot, trahissant ma pensée, vînt donner à ma critique une apparence de polémique.

Mais le sujet dont j'ai abordé l'étude devant vous est si grave, il a été résolu, par la parole et par la pratique, d'une manière si absolue par M. Pinard, qu'il me faut bien répondre à la question que je viens de poser.

Certes, nulle part les opérations n'ont pu être mieux conduites, les opérées n'ont pu être mieux soignées qu'à la clinique Baudelocque. Mais si, dans cette clinique, la mortalité des mères s'est élevée à 12 p. 100 après la symphyséotomie, c'est qu'on a pratiqué trop souvent cette opération sur des femmes épuisées et probablement infectées.

Si la mortalité des enfants a atteint 13 pour 100, c'est qu'on a eu recours à la section de la symphyse alors que les enfants étaient déjà compromis.

Si vous doutiez qu'il en ait été ainsi, lisez les observations que M. Pinard a réunies dans sa « Clinique obstétricale (1). »

Du reste, comme nouvelle preuve de ce que j'avance, je vous citerai les observations les plus récentes de la clinique Baudelocque, celles recueillies pendant l'année 1900 (2).

(1) Paul Bar. — « La Maternité de l'hôpital Saint Antoine » Paris, 1900.

(2) A. Pinard. — Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque, année 1900, p. 64.

Huit femmes y ont subi la symphyséotomie. Dans cinq de ces cas le liquide qui s'écoulait était vert ; donc, l'enfant souffrait. Or, un de ces enfants est né mort ; l'autre est mort après la naissance ; la mère d'un de ces derniers est morte d'infection.

La crâniotomie faite dans ces deux cas eût-elle engagé la responsabilité morale des opérateurs ? eût-elle exposé la mère à autant de dangers ? Je ne le pense pas.

De tout ce qui précède, je conclus que, pendant la grossesse, l'accouchement provoqué a ses indications.

Pendant l'accouchement, les opérations telles que la section césarienne et la symphyséotomie ont les leurs. Faisons celles-ci aussi étendues qu'il sera possible, mais n'oublions pas que ces opérations sont sérieuses, et qu'elles doivent seulement être faites quand les circonstances sont favorables ; reconnaissons qu'il reste des cas où l'embryotomie, alors même que l'enfant est vivant, doit, après échec des opérations conservatrices, être choisie.

IV

Mais il est une dernière objection à laquelle il me faut répondre.

En terminant sa leçon sur le fœticide, M. Pinard écrit : « Cette réponse faite à la magistrature s'aventurant sur le terrain médical, je vais en faire une autre à mes confrères combattant mes idées et elle sera courte.

« Je n'ai nulle prétention à l'infaillibilité et je ne cherche qu'une chose, faire mieux demain qu'aujourd'hui. Or, voici inscrit sur ce tableau, année par année, le résultat obtenu dans cette clinique au point de vue des mères. Je publie tous les ans le fonctionnement de mon service et l'on peut y trouver le nombre des enfants sortis vivants et bien portants. C'est là, je pense, le résultat de mon enseignement et de ma pratique. Si je suis dans l'erreur, c'est que vos résultats sont meilleurs. Montrez-moi celle de vos maternités dans laquelle les femmes meurent moins et où les enfants naissent plus vigoureux et plus nombreux qu'à la clinique Baudelocque, — et jusqu'à présent je n'en connais pas, — et alors seulement je me rallierai à vos opinions et j'adopterai vos méthodes.

« Depuis le 1er janvier 1890 juqu'au 1er janvier 1900, sur 22.277 femmes ayant accouché à la clinique Baudelocque, 22.159 sont sorties vivantes et 518 sont mortes, soit une mortalité intégrale de 0,52 pour 100. » (Fonctionnement de la clinique Baudelocque, année 1900, page 111.)

A la vérité, l'argument ainsi présenté n'a pas grande valeur.

Les facteurs qui, dans une maternité, font varier la mortalité des mères et des enfants sont très nombreux.

Les plus importants sont assurément :

1° La rigueur plus ou moins grande avec laquelle l'antisepsie est pratiquée, la perfection avec laquelle l'asepsie est obtenue.

C'est ce facteur qui régit essentiellement la mortalité par infec-

tion. A ce point de vue, les résultats obtenus à la clinique Baudelocque sont excellents ; je dois dire que ceux obtenus ici leur sont comparables (1).

2° Les conditions dans lesquelles est recrutée la clientèle de la maternité.

C'est ce facteur qui régit essentiellement la mortalité des femmes et des enfants en dehors de l'infection puerpérale.

Les statistiques générales ne sont comparables que si on tient compte des différences très grandes qui existent, à ce point de vue, entre les diverses maternités parisiennes.

Quant à la conduite qu'on adopte dans le cas de viciation pelvienne, elle influe d'une manière si infime sur la mortalité générale des mères et des enfants qu'il n'y a guère lieu de la faire entrer en ligne de compte.

Pour être utile à la discussion, l'argument doit être formulé autrement.

La meilleure pratique étant assurément celle qui donne les meilleurs résultats, on peut m'objecter :

Vous avez eu des succès avec la symphyséotomie ; mais en avez-vous avec les autres opérations que vous lui avez préférées dans tant de cas ? La proportion de femmes et d'enfants vivants que vous obtenez dans un nombre déterminé de viciations pelviennes est-elle finalement supérieure à celle qu'obtiennent ceux qui comptent peut-être de nombreux échecs avec la symphyséotomie, mais qui n'ont guère que des succès dans les autres cas ?

Voyons donc nos résultats :

De l'ouverture de cette maternité au 1er janvier 1900, j'ai observé 156 bassins rachitiques avec diamètre promonto-pubien égal ou inférieur à 95 millimètres : aucune mère n'est morte.

159 enfants sont nés (3 jumeaux) : 6 sont morts pendant le travail, soit 3,77 pour 100 ; 14 sont morts après la naissance, soit 8,80 pour 100.

La mortalité infantile a donc été de 12,57 pour 100.

Or, j'ai vu (2) que dans les années 1897 et 1898, on avait observé à la clinique Baudelocque, 146 bassins rachitiques mesurant 95 millimètres ou moins dans leur diamètre minimum :

6 femmes sont mortes, dont une après symphyséotomie ; soit une mortalité maternelle de 4,10 pour 100.

13 enfants sont morts pendant le travail, soit 8,90 pour 100 ; 8 enfants sont morts après la naissance, soit 3,42 pour 100 ; au total, une mortalité infantile de 12,32 pour 100.

Pour ce qui a trait à la mortalité maternelle, elle a été chargée à la clinique Baudelocque par des cas malheureux avec lesquels nous

(1) PINARD. — *Clinique obstétricale*, Paris, 1899.

(2) A. PINARD. — *Clinique obstétricale*, 1899, p. 140, et *Annales de gynécologie*, t. LII.



n'avons pas eu à compter. Cependant, même en tenant compte de cette cause d'erreur, nos résultats restent meilleurs.

Quant à la mortalité infantile, elle est sensiblement la même (Saint-Antoine, 12,57 p. 100 ; clinique Baudelocque, 12,32 p. 100).

Ces chiffres sont ceux que j'ai déjà publiés, mais ils se rapportent seulement aux cas où le bassin est rachitique avec diamètre promonto-pubien ou inférieur à 95 millimètres.

Si nous ne faisons aucune sériation des viciations pelviennes, nous trouvons qu'ici, sur 184 accouchements avec bassin rétréci — quels que fussent le degré ou la cause du rétrécissement — une femme est morte.

La mortalité maternelle a donc été de 0,53 p. 100.

187 enfants sont nés, mais 6 étaient macérés : sur 181 enfants qui eussent dû naître vivants, 26 sont morts.

La mortalité infantile a donc été de 14,36 p. 100.

Or, je vois que, sur 208 femmes ayant accouché à la clinique Baudelocque, avec le bassin rétréci — de toutes causes et de toutes dimensions — pendant les années 1897 et 1898 (1), 9 femmes sont mortes.

La mortalité maternelle a donc été de 4,50 p. 100 environ.

Sur 206 enfants non macérés, 27 sont morts. La mortalité infantile a donc été de 13,10 p. 100.

Je n'attache pas plus d'importance qu'il convient à ces chiffres. Ils suffisent cependant à montrer que, si on cherche à tirer argument des statistiques intégrales, celles-ci ne sont pas défavorables à la méthode que nous suivons ici ; car, pour les enfants, elle nous a donné des résultats bien rapprochés de ceux qu'obtient M. Pinard ; pour les mères, les résultats nous sont favorables, même en faisant la part de certains cas (éclampsie, cas désespérés, etc.) qui chargent la statistique de la clinique Baudelocque.

V

Je vous conseille donc d'adopter la conduite que nous suivons ici. Cependant, je ne puis vous donner ce conseil sans une réserve. Il convient sans doute de faire une large part à la section césarienne et à la symphyséotomie, mais je vous en ai dit assez pour que vous compreniez que ces opérations, alors même qu'elles sont le mieux indiquées, ne doivent être pratiquées que dans des milieux aseptiques.

Ces conditions ne seront pas souvent réalisables pour ceux d'entre vous qui exerceront à la campagne ou dans de petites villes.

Devront-ils s'abstenir ? Pour l'opération césarienne, la réponse

(1) A. PINARD.— *Clinique obstétricale*, Paris, 1899, p. 190 ; *Annales de gynécologie*, t. LII, p. 107, et Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque, 1897.

n'est pas douteuse : elle est, et sera longtemps encore, une opération de clinique.

On a pensé que la symphyséotomie, ne faisant pas courir à la femme autant de dangers immédiats, pourrait être pratiquée au domicile des parturientes. Quelques succès obtenus dans de telles conditions et vite publiés ont fait penser que la section de la symphyse devait entrer dans l'obstétrique courante. Je crois que, sauf certains cas relativement rares, où il sera possible de réaliser au domicile de la parturiente un milieu favorable, la sagesse sera de s'abstenir.

Vous serez ainsi conduits à faire des opérations fœticides,pour employer le mot qu'on veut mettre à la mode, dans des cas où, dans nos maternités, nous n'y aurions pas recours.

Ne peut-on, pourtant, voir se réduire le nombre des cas dans lesquels nous, dans nos maternités,vous, dans votre pratique,nous sommes encore obligés de faire l'embryotomie, bien que l'enfant soit vivant ?

Nous avons déjà beaucoup fait dans nos services, et, comme preuve, je vous dirai qu'en près de cinq ans je n'ai pratiqué ici que deux fois l'embryotomie dans de telles conditions.

Nous pouvons faire encore mieux en nous appliquant à tirer meilleur parti des opérations conservatrices, en faisant l'éducation des femmes qui forment la clientèle de nos services et en leur apprenant qu'enceintes elles doivent être examinées. Il nous sera ainsi possible de recourirplus fréquemment à l'accouchement provoqué, et, si nous jugeons qu'il est préférable pour elles d'atteindre le terme de leur grossesse, de faire, dans les meilleures conditions, les opérations que nous aurons choisies.

Quant à vous, vous pouvez aussi faire mieux.

Pour sauver plus d'enfants et aussi plus de femmes, que vous faut-il ? avoir la possibilité d'accoucher les femmes dans des milieux où vous pourrez pratiquer les opérations qui vous sont interdites au domicile des parturientes.

Qu'on multiplie donc les maternités et qu'on les mette à la portée des parturientes. Que les municipalités, que les commissions d'hospices les ouvrent largement ; qu'elles se pénètrent de cette idée qu'une maternité n'est pas seulement une maison, une pièce, un coin où des femmes accouchent, mais qu'elle doit être organisée de telle sorte que toutes les opérations puissent y être pratiquées, et dans de bonnes conditions.

Le jour où il en sera ainsi, le problème que nous agitons sera bien près de sa solution, car on aura donné aux médecins le moyen d'user des ressources que les progrès de l'obstétrique ont mis à leur disposition et que les conditions où ils sont placés leur interdisent trop souvent d'employer.

Le bénéfice d'un tel progrès ne s'arrêterait pas là. On ne doit pas oublier, en effet, que, dans notre pays, plus de 6,000 femmes

sont, chaque année, emportées par l'infection puerpérale ; que le taux de la mortalité des femmes en couche est d'autant plus bas que les ressources d'assistance sont plus développées, qu'il est aujourd'hui plus élevé dans les petits centres, peut-être même dans les campagnes, que dans les grandes villes où des maternités fonctionnent régulièrement.

La multiplication et la bonne organisation des maternités provinciales feraient beaucoup pour réduire la gravité de ce fléau.

Mais tout cela ne saurait suffire. Il faut que vous-mêmes ayez conscience de votre responsabilité.

Pour m'en tenir à la question qui nous occupe, imitez ce que nous faisons ici : examinez, plus fréquemment qu'on ne le fait encore, les femmes pendant leur grossesse ; sachez prévoir les difficultés qui pourront se présenter au moment de l'accouchement ; apprenez à les éviter et à les traiter au moment opportun, et vous verrez se réduire singulièrement, sinon disparaître tout à fait, les cas trop nombreux où l'embryotomie apparaît, aujourd'hui encore, comme l'opération nécessaire, même si l'enfant est vivant.

DE LA MISE A EXÉCUTION DES INTERVENTIONS DANS LE CAS DE DYSTOCIE PELVIENNE.

Par M. Paul Bar.

Quand, dans un cas de dystocie par viciation pelvienne, l'accoucheur a fait choix d'une opération sérieuse, comment doit-il agir vis-à-vis de la parturiente ?

Doit-il lui faire connaître, et clairement, l'opération jugée nécessaire ? En cas de refus, peut-il passer outre ? Doit-il se soumettre au désir de la parturiente, si celle-ci, refusant l'opération proposée, manifeste sa volonté d'en subir une autre ? Dans quelle mesure doit-il consulter la famille ? Jusqu'à quel point est-il obligé de se soumettre à l'opinion qu'elle exprime ?

J'avoue que, jusqu'en 1899, je n'avais jamais pensé que la solution de ces questions présentât de difficultés.

En avril 1899, la Société obstétricale de France aborda incidemment la discussion de ces questions et j'eus l'occasion de dire en quelques mots mon sentiment (1).

« On ne doit, sous aucun prétexte, faire à une femme une opération sans qu'elle en soit avertie et ait consenti.

« Mais est-il bien logique d'exposer à une femme les avantages et les dangers d'une opération, de lui demander son avis, de le suivre ? C'est l'accoucheur qui doit peser les dangers de telle ou telle conduite ; c'est lui qui, après son examen, doit indiquer à la

(1) *Annales de la Société obstétricale de France*, Session de 1899, p. 222.

femme qu'il y a lieu ou non de faire une opération. Son humanité lui dictera la façon dont il doit annoncer à la malade la décision qu'il a prise. Celle-ci refusera peut-être. Que devra-t-il faire alors ?

« Avant tout, il devra déférer à la voix de sa conscience. Si elle lui dit que les différentes interventions qui pourraient être faites ne sont pas convenables, il devra laisser à d'autres la responsabilité de faire ce qui ne lui semble pas être bon. »

Cette manière de voir n'était pas celle de plusieurs de mes collègues dont je prise fort le jugement. Sur un point, l'opinion générale me donnait tort : il ne semblait pas qu'un accoucheur fût toujours en droit de se retirer si la parturiente demandait une intervention capable d'assurer sa délivrance. L'impossibilité de trouver secours ailleurs imposait notamment au médecin l'impérieux devoir de s'incliner. Il devait en pareille occurrence se résigner à sacrifier l'enfant, alors que l'opération, refusée par la mère, eût permis de le sauver.

La question soulevée à la Société obstétricale de France présentait, sans doute, de l'intérêt, car, depuis cette époque, nous l'avons vue reprise ici ou là, et traitée par les hommes les plus autorisés.

M. Pinard notamment lui consacrait, à la fin de 1899, une leçon qui n'apportait pas de solution, mais qui eut, comme il convenait, un grand retentissement, car elle était un exposé de sa doctrine quant aux droits du père, de la mère, du médecin, etc., sur la vie de l'enfant.

Enfin, la question était fort utilement traitée dans une consultation du Comité consultatif de l'Administration de l'Assistance publique à Paris (1) et dans un récent discours prononcé à Bordeaux par M. Maxwell (2).

Consulté sur ce point :

Quelle attitude doit tenir un accoucheur en présence du refus de la parturiente, soignée dans un hôpital, de se laisser opérer ou de ne se laisser opérer que dans des conditions déterminées ?

le Comité consultatif de l'Assistance publique (3) répondit en effet:

« 1° Que si la parturiente, soignée dans un hôpital, agissant dans sa pleine liberté d'esprit, refuse de se laisser opérer, l'accoucheur, après lui avoir fait toutes les représentations nécessaires, doit s'incliner devant sa volonté nettement exprimée ;

« 2° Que, si elle ne consent à se laisser opérer que dans des

(1) Comité consultatif de l'Administration de l'Assistance publique de France, séance du 21 décembre 1899.

(2) M. Maxwell. — « De quelques cas de conscience en médecine » Discours prononcé à la séance de rentrée de la cour de Bordeaux. (*Semaine médicale*, 1901, 30 octobre).

(3) Le comité était composé par MM. Duhil, Betolaud, Rendu, Aubert, Dubasty, Pouillet, Forni, Chaumat, Leven, Janneney, Worms.

conditions déterminées, l'accoucheur doit encore s'incliner, à moins que ces conditions soient inacceptables en elles-mêmes ou contraires aux règles de l'art et de nature à rendre l'opération plus dangereuse qu'utile, cas auquel l'accoucheur doit s'abstenir.

« 3° Que, cependant, il peut se présenter le cas exceptionnel où, à raison de ce que, par suite de l'état habituel ou accidentel de la parturiente, elle peut ne pas être considérée comme ayant son libre arbitre, et que, devant la nécessité évidente d'une opération, après avoir, si c'est possible, pris l'avis du mari, ou, à son défaut, des proches parents, l'accoucheur doit agir d'autorité sous sa responsabilité morale ;

« Que, en pareil cas, sa responsabilité matérielle ne peut être engagée, soit au point de vue pénal, soit au point de vue civil, que s'il est reconnu en fait qu'il y a eu abus de sa part ou qu'il ne s'est pas conformé aux règles certaines de son art. »

La réponse du Comité consultatif est précise sur la première et la troisième question. Elle ne laisse pas d'être ambiguë et de prêter à la discussion sur la seconde.

L'accoucheur ne doit s'abstenir, ou, si vous voulez, se retirer, que si les conditions imposées par la malade sont — le Comité ne dit pas « lui paraissent » — inacceptables en elles-mêmes ou contraires aux règles de l'art ; sans cela, il doit s'incliner.

Or, ne voyez-vous pas quelles controverses peuvent s'élever sur la façon dont il faut, dans des matières aussi discutées, entendre par ces mots : *conditions inacceptables en elles-mêmes*, ou *règles de l'art*, d'un art en évolution constante, se modifiant sans cesse suivant les progrès de la science et la transformation des mœurs.

M. Maxwell, dans le discours qu'il a prononcé à la séance de rentrée de la Cour de Bordeaux, se montre plus explicite.

« La mère est maîtresse de son corps, libre de n'autoriser qu'une intervention déterminée ; si elle ne peut manifester sa volonté, le choix appartiendra au mari, aux parents, aux proches, à ceux enfin qui la représentent.

« Il est donc certain, pour moi, que le médecin engagerait sa responsabilité, s'il opérait la parturiente malgré elle... S'il est dans une ville où il a des confrères, s'il n'y a pas urgence, le médecin pourra peut-être refuser son concours et demander qu'on le remplace ; mais s'il y a urgence, et si les autres médecins sont trop éloignés, il devra faire l'opération réclamée par la parturiente, même si elle entraîne la mort de l'enfant. »

Cette doctrine mérite d'être discutée.

Afin de donner plus de clarté à cet exposé, et pour ne point laisser dévier la discussion, je formulerai de la manière suivante les questions que je vais étudier :

1° Quand l'accoucheur s'est résolu à pratiquer une opération, doit-il en prévenir la parturiente ?

2° Comment doit-il le faire ?

3° Peut-il passer outre à un refus de sa part ?

4° Quand une parturiente, jouissant de son libre arbitre, refuse l'opération proposée et en exige une autre, doit-il déférer à son désir ?

5° Dans quelle mesure doit-il consulter les proches parents de la malade ?

6° Peut-il, quand la femme ne jouit pas de son libre arbitre, passer outre à l'avis exprimé par l'entourage ?

I

Quand l'accoucheur s'est résolu a pratiquer une opération, doit-il en prévenir la parturiente ?

J'ai entendu souvent soutenir que le seul fait, pour une femme, d'avoir demandé à un médecin de l'accoucher implique vis-à-vis de celui-ci une confiance absolue ; d'où, pour le praticien, une liberté complète dans le choix et la mise à exécution des opérations jugées nécessaires.

Je ne partage pas cet avis. Quand une femme choisit un accoucheur, elle entend se fier à lui en cas d'accouchement simple, voire même s'il s'agit d'interventions sans danger pour elle ou pour son enfant, mais elle n'abdique nullement son droit de témoigner à nouveau de sa confiance si une intervention grave, pour elle ou pour son enfant, devient indiquée. L'accoucheur ne doit jamais oublier que la convention, tacite ou non, qui règle sa situation est la suivante : il est tout d'abord le conseiller ; habituellement, il est vrai, mais non nécessairement, l'opérateur. J'en veux pour preuve la fréquence avec laquelle, en cas de complication au cours du travail, la mère ou ses proches prient le médecin de demander conseil à un de ses confrères et même d'abandonner à celui-ci l'exécution de l'opération jugée utile.

Si les circonstances paraissent rendre nécessaire une opération, le devoir strict du médecin est donc d'en avertir la parturiente.

Beaucoup pensent qu'il suffit d'aviser les proches, que, l'acquiescement de ceux-ci obtenu, il est inutile d'avertir la patiente elle-même et de lui imposer les angoisses qu'entraîne la perspective d'une opération.

Je parlerai tout à l'heure des obligations de l'accoucheur vis-à-vis des proches parents de la femme. Mais, sauf le cas où elle ne paraît pas avoir son libre arbitre, c'est elle qui doit être avertie et qui doit donner son approbation. En agissant autrement, le médecin engage gravement sa responsabilité, même s'il a l'acquiescement des proches parents de la malade.

II

Comment doit-on prévenir la patiente ?

Autant la première question apparaît facile à résoudre, autant celle-ci est de solution délicate.

C'est que nous n'avons plus à donner une réponse de principe : nous sommes aux prises avec la pratique, qui n'est faite que de contingences.

Voici tout d'abord deux manières de faire qui comptent, toutes deux, des partisans parmi les accoucheurs auxquels on accorde le plus d'autorité.

D'après les uns, on doit se borner à dire à la malade qu'on va l'aider, et, le consentement obtenu, faire ce qu'on croit utile : section césarienne, symphyséotomie, etc.

D'après les autres, l'accoucheur ne doit pas laisser ignorer à la patiente la nature exacte de l'opération qui va lui être faite, ses dangers, et même lui faire connaître les autres interventions auxquelles on pourrait recourir.

J'avoue n'être satisfait par aucune de ces deux méthodes.

A.— *Doit-on se borner à dire à la malade qu'on va l'aider, et, la femme ayant consenti, faire ce qu'on croit juste, si sérieuse que soit l'intervention ?*

Agir ainsi, est, à mon avis, abuser de la confiance de la parturiente. Dans la pratique de chaque jour, on dit volontiers à une femme qu'on va l'aider quand il s'agit d'extraire par le forceps un enfant dont la tête appuie sur la périnée, ou telle autre opération sans danger, et nul n'y trouve à redire. Mais parler de la même façon quand il s'agit de faire une section césarienne ou une embryotomie, c'est singulièrement diminuer l'importance de ces opérations. C'est aussi, pour le médecin, s'exagérer la confiance qu'on peut avoir dans son jugement et dans son habileté.

En ces sortes d'initiatives, le succès justifie tout. Mais le succès a des éclipses, et, en cas d'échec, la patiente aurait quelque droit de reprocher au médecin le vague de son conseil.

B.— *Faut-il donc exposer à la parturiente tous les dangers qu'elle va courir ; lui faire connaître les autres interventions susceptibles d'être faites ?*

Examinons le premier point. Un des grands arguments donnés en faveur de cette manière d'agir est la fréquence avec laquelle les mères refusent telle ou telle opération quand on leur en a exposé les dangers.

L'argument ne me paraît guère probant.

Si les parturientes refusent si souvent d'accepter une opération quand on leur en a dit les dangers, c'est que l'accoucheur a tout fait pour obtenir ce résultat.

Il en est un peu de ces exposés comme des anciens résumés des présidents d'assises qui rendaient, à volonté, coupable un accusé. C'était souvent simple affaire de ton.

Les femmes se refusent à accepter la section césarienne quand on leur dit qu'elles risquent de succomber ; elles n'acceptent pas la symphyséotomie quand on leur dit qu'elles peuvent rester infirmes, etc. Comment ne refuseraient-elles pas, puisqu'on ne leur montre que les inconvénients de ces opérations?

A la vérité, l'accoucheur qui se borne à dire à une femme qu'il va l'aider, et qui lui ouvre le ventre, en dit trop peu ; celui qui étale devant une malheureuse tous les inconvénients d'une opération, en dit trop.

Il est possible de satisfaire au droit de la mère d'être avertie, d'obtenir de sa part un témoignage de confiance, sans tomber dans aucune de ces fautes.

Du tact suffit.

Dites-lui qu'elle ne peut accoucher seule, que vous devez lui faire une opération, que celle-ci est la seule qui vous paraisse bonne ; dites que cette opération est sérieuse, mais qu'elle s'annonce bien (la feriez-vous s'il en était autrement ?). Ajoutez, si vous devez faire la section césarienne, que l'enfant ne pouvant être extrait par les voies génitales, vous le sortirez par la voie abdominale. Si vous devez faire la symphyséotomie, dites que vous allez agrandir le bassin ; montrez à la femme qu'elle aura un enfant vivant.

Croyez-moi : tout cela peut être dit sans que vous ayez terrifié la malade, et, pour peu que vous ayez agi et parlé avec prudence, vous n'aurez pas à aller plus loin : elle vous dira qu'elle se fie à vous. J'en suis encore à voir refuser, dans mon service, l'opération que jugeais opportune.

Devez-vous (c'est le second point) laisser ignorer à la femme qu'il est d'autres interventions susceptibles d'être faites ?

Si vous pensez pratiquer la section césarienne, devez-vous, par exemple, l'avertir que cette opération pourrait être évitée par le broiement de l'enfant ?

Je vous engage à ne pas le faire. Pourquoi, du reste, le feriez-vous? Parce que vous avez des hésitations quant aux indications de l'opération ? Mais, s'il en est ainsi, ce n'est pas à la patiente que vous devez en référer, c'est à ceux de vos confrères que vous estimez pouvoir vous éclairer. Parce que vous entendez laisser à la mère le soin de décider ? Mais vous intervertissez les rôles. C'est à vous de donner une décision, après avoir répondu, dans votre conscience, à toutes les objections.

Est-ce à dire qu'une fois votre avis donné, vous ne deviez tenir aucun compte des observations de la patiente ? Non, assurément. Écoutez-les attentivement : si elles vous paraissent de nature à changer votre opinion, modifiez celle-ci sans fausse honte et sans

ambiguïté. Sinon, persistez dans votre conseil et attachez-vous à rendre la malade confiante en votre jugement.

Il est pourtant un cas spécial dont je dois vous entretenir : c'est celui où, consulté pendant la grossesse, vous vous prononcerez pour ou contre l'accouchement provoqué.

Si vous proposez l'accouchement provoqué, vous le justifierez en exposant à la femme que vous lui éviterez les risques qu'elle courrait en la laissant accoucher à terme : le cas est simple.

Mais si vous rejetez l'accouchement provoqué, en vous réservant de pratiquer une opération sanglante quand l'accouchement aura lieu à terme, vous ne devez pas laisser ignorer à la femme cette éventualité. Vous le ferez avec tact, sans l'effrayer.

Si vous lui dissimuliez l'avenir, elle pourrait justement vous reprocher de l'avoir mise, par une expectation dont elle ignorait les conséquences : 1° dans l'impossibilité de se faire accoucher prématurément ; 2° dans la nécessité de subir une opération qu'elle aurait évitée, si elle l'avait prévue.

III

L'ACCOUCHEUR PEUT-IL PASSER OUTRE AU REFUS DE LA PARTURIENTE ?

Comment résoudre autrement que par la négative une pareille question ?

L'accoucheur a conseillé une opération qui sauvera l'enfant, mais qui fait courir des risques à la mère. Si celle-ci est prête à les subir, tout est bien ; mais si elle déclare ne vouloir les subir que dans une proportion fixée par elle, si elle dit n'en accepter aucun, que peut faire le médecin ?

Comme moraliste, il blâmera ; comme sociologue, il désapprouvera ; mais il ne devra pas oublier que, vis-à-vis de la parturiente, il n'est qu'un médecin, qu'un praticien.

Il a conseillé la conduite qui lui semblait la meilleure, après en avoir pesé les avantages et les inconvénients ; si son opinion n'est pas accueillie, il doit s'abstenir.

Peut-être un jour la législation limitera-t-elle le droit de la mère ; actuellement ce droit est absolu. Quand une femme ayant son libre arbitre s'en réclame, nul ne peut passer outre.

IV

QUAND UNE PARTURIENTE, JOUISSANT DE SON LIBRE ARBITRE REFUSE, L'OPÉRATION PROPOSÉE ET EN EXIGE UNE AUTRE, DOIT-ON DÉFÉRER A SON DÉSIR ?

Quand une opération est refusée par la parturiente, ou bien elle invite l'accoucheur à cesser ses soins, et la situation ne comporte pas de commentaires, — ou bien la mère demande une autre opération : que doit faire l'accoucheur ?

Pour bien juger de la solution que comportent une pareille situa-

tion il importe d'envisager : 1° la question de principe ; 2° la question de pratique.

En principe, la parturiente ne peut pas plus imposer sa volonté à l'accoucheur que celui-ci ne peut lui imposer la sienne.

Je ne pense pas que cette solution de principe puisse être contestée.

En pratique, est-il possible de se montrer toujours intransigeant, et les circonstances ne dictent-elles pas parfois au médecin le devoir de déférer au désir de la patiente ?

Le plus souvent, pour peu que le médecin ne heurte pas les sentiments de la parturiente par des décisions absolues et sans appel, il est facile de trouver une solution qui convienne à la malade et soit acceptable pour l'accoucheur. C'est ainsi que doivent se résoudre et se résolvent de semblables situations.

Mais poussons les choses à l'extrême, et imaginons qu'il n'en soit pas ainsi. L'accoucheur aura proposé de faire une opération grave (ce sont les seules où de pareils cas de conscience se posent) une symphyséotomie ou une opération césarienne par exemple ; la parturiente refuse et préfère que son enfant soit broyé. L'accoucheur ne veut pas pratiquer l'embryotomie sur un enfant vivant : que fera-t-il ? *(A suivre.)*

GYNÉCOLOGIE

LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES.

Par le Dr L. Dartigues (1).

M. Dartigues établit tout d'abord que si les fibro-myomes utérins appartiennent à la catégorie des néoplasmes bénins, il ne faut pas s'illusionner sur ce mot, car un néoplasme bénin dans sa structure peut être grave dans son évolution. Il est indiscutable que si des fibromes peuvent permettre longtemps une existence supportable, ces tumeurs sont, d'une façon générale, moins graves à enlever qu'à laisser évoluer. Tout fibrome diagnostiqué doit, selon M. Dartigues, être opéré quand il est possible de le faire par une opération qui n'expose pas les patients à des dangers plus grands que ceux relevant de l'évolution naturelle de leur mal.

Il rappelle que le but idéal de la chirurgie est de concilier le principe de l'ablation des tumeurs avec celui de la conservation des organes. Ce principe, d'ordre général, est d'autant plus applicable aux fibromes, que, précisément, leur disposition anatomo-

(1) Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes, par L. Dartigues. (*Paris*, 1900-1901, préface du Dr P. Segond, Maloine, éditeur.)

pathologique indépendante, et circonscrite, permet souvent de les enlever sans sacrifier l'utérus.

Les raisons qui militent en faveur des opérations conservatrices, dans le cas de fibromes, sont d'ordre anatomique, physiologique et opératoire.

Au point de vue anatomique, il faut éviter, dans la mesure du possible, de troubler la disposition topographique pelvienne normale.

Au point de vue physiologique, on doit s'efforcer de ne pas supprimer les fonctions multiples d'ovulation, de menstruation, de fécondation et de reproduction. L'intangibilité du pouvoir procréateur, lorsqu'il est compatible avec l'état de santé, est un principe dont il ne faut jamais se départir. En opérant les fibromes de bonne heure on pourra, peut-être, diminuer le taux de la stérilité.

Au point de vue opératoire, la chirurgie conservatrice, dans la plupart de ses interventions, comporte une bénignité incontestable. De plus, elle est préalablement exploratrice et peut ainsi juger, en dernier ressort, de la justiciabilité de la conservation ou bien du sacrifice total de l'organe, sans que, dans ce dernier cas, la technique opératoire en soit nullement entravée.

La chirurgie conservatrice est surtout indiquée chez les femmes jeunes. Elle respecte la possibilité d'une grossesse, et met à l'abri des cas de dystocie, si elle vient à se produire. Contrairement aux grandes opérations mutilatrices, les interventions conservatrices n'ont pas contre elles, le plus souvent, des contre-indications basées sur le mauvais état général (anémie, cardiopathies, diabète, albuminurie, etc.). M. Dartigues remarque en outre que les opérations conservatrices sont *radicales*, dans le meilleur sens du mot puisqu'elles visent à enlever *toute* la tumeur, et y réussissent le plus souvent. La possibilité d'une récidive n'annihile pas la valeur de telles interventions, parce que, outre qu'elle est rare, il sera toujours temps de pratiquer une castration totale.

La chirurgie conservatrice, pour fibromes utérins, consiste en : 1° Méthodes atrophiantes ou indirectes ; 2° Méthodes directes abdominales ; 3° Méthodes directes vaginales ; 4° Méthodes directes par voie périnéale ; 5° Interventions sur utérus fibreux pendant la puerpéralité. M. Dartigues expose très complètement la technique de ces diverses méthodes et en discute la valeur.

Selon lui, les méthodes atrophiantes constituent une chirurgie indirecte, de deuxième plan, palliative, utilisable au cours d'extirpations impossibles. Vouloir les appliquer à des fibromes au début, au moyen de ligatures du pédicule vasculo-utérin, par voie vaginale, par exemple, lui semble inutile, puisque à *minimum égal* de danger opératoire, il est des opérations qui ont le triple avantage d'être exploratrices, directes, radicales.

Les opérations conservatrices par voie abdominale sont d'application indiscutable quand il s'agit de *polypes utérins intra-abdominaux*.

Quant aux myomectomies abdominales, aux énucléations, elles sont certainement bien indiquées pour des *fibromes sous-péritonéaux sessiles* peu nombreux, peu considérables : des succès, concernant des cas même difficiles et compliqués, permettent de l'affirmer.

Enfin, M. Dartigues ne croit pas que l'on doive employer les énucléations ou myomectomies appliquées aux *fibromes sous-muqueux* avec ou sans parti pris d'ouvrir la cavité utérine ; c'est, selon lui aller un peu loin et soumettre les malades à un aléa opératoire qu'elles ne doivent pas courir, alors que précisément pour cette même catégorie des fibromes, il est des opérations vaginales bien plus bénignes.

Les opérations conservatrices par voie vaginale sont d'indication incontestable quand il s'agit de *polypes intra-utérins* ou *utéro vaginaux*.

Quant à l'énucléation avec ou sans morcellement par hystérotomie, *de fibromes sous muqueux et interstitiels*, principalement par hystérotomie cervico-vaginale selon le procédé de Segond, dérivé de l'ancien procédé d'Amussat et de Péan, ses indications sont, d'une manière générale : l'unicité et le volume peu considérable du fibrome, la régularité approximative de l'utérus, la mobilité de cet organe, la présence d'annexes saines. Telle est la formule indicatrice dans toute sa rigueur, mais elle est certainement plus extensible, ainsi que le prouvent les observations rapportées par M. Dartigues.

Ce procédé de Segond a, selon M. Dartigues, des avantages indéniables : il est moins dangereux que n'importe quelle opération abdominale : il n'expose pas aux hémorragies primitives ou secondaires, à la blessure de l'intestin, de la vessie, des uretères ; il ne comprend pas l'ouverture du péritoine et met à l'abri, plus que tout autre procédé, des accidents d'infection ; le drainage est toujours possible et dans les meilleures conditions : en dehors de la cavité abdominale et dans la déclivité. Sa simplicité d'exécution est maxima puisqu'il n'exige, à la rigueur, aucune suture. Il évite la cicatrice abdominale et les éventrations possibles. Sa bénignité est telle qu'il peut être exécuté chez les femmes assez âgées et chez celles qui ont un très mauvais état général qui ne permettrait pas certainement une intervention plus grave.

Aussi, M. Dartigues conclut-il en affirmant qu'on est en droit d'opérer tout fibrome par cette opération (quand elle est anatomiquement possible évidemment) quand bien même il ne donnerait lieu à aucune symptomatologie ; on peut ainsi arrêter, dès le début, l'évolution d'un fibrome qui, plus tard, exigerait une intervention plus importante, et c'est ce qui fait que le champ d'action de l'énucléation par hystérotomie cervico-vaginale peut être appelé à s'étendre de plus en plus. Il va de soi d'ailleurs que si la chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes doit être utilisée dans la plus large mesure possible, il y a

souvent des cas où l'on ne doit pas reculer devant les opératious mutilatrices indispensables, dans le cas de fibromes admis trop tardivement à la solution chirurgicale, ou d'une disposition topographique contraire à toute conservation possible, et nécessitant l'éradication absolue et totale.

PÉDIATRIE

TRAITEMENT POUR UN ENFANT D'ENVIRON 8 ANS, TUBERCULEUX (TUBERCULOSE PULMONAIRE 1er DEGRÉ OU DÉBUT DE 2e DEGRÉ.)

(Dr GILLET.)

1° *Régime alimentaire.* { Viande crue....... 100 gr. / Suc musculaire.... 150 gr.

A. — *Petit déjeuner*, à 7 heures :

Panade { de biscottes ou autre produit analogue : pain de légumine, etc. / de pain grillé.

ou

Bouillie avec lait et *œuf* { de farine fine d'avoine ou de malt d'avoine. / de farine de maïs / de fleur de lentille (Revalescière). / de crème de riz, d'arowroot. / de phosphatine, de racahout.

ou bien

1 œuf à la coque, mollet.
1 tranche de jambon cru fumé.
Pain et beurre.
1 tasse de lait ou thé léger.

B. — A 10 heures :

Pain et beurre.
Suc de viande, lait ou thé léger.

C. — *Déjeuner*, midi :

Viande crue pulpée.

Légumes *farineux* avec 1 jaune d'œuf mêlé { pommes de terre. / haricots. / pois, fèves. / lentilles roses. / riz, sagou.

Pâtes alimentaires : macaroni, nouilles, lazagne, ravioli, spagetti, etc.
Entremets sucrés.
Fromage à la crème ou gruyère.

Fruits, gâteaux bien cuits, etc.
Vin léger ou bière faible, ou extrait de malt additionné d'eau.
Infusion chaude après le repas, tilleul, feuilles d'oranger.
Repos après le repas.

D. — *Goûter*, 3 1/2, 4 heures :

Suc de viande et pain et beurre.
ou
Viande crue pulpée sur du pain et beurre additionné de sel, ou bien en boulettes sucrées (conserve de Damas).
Lait ou thé léger.

E. — *Diner*, 7 heures ou 7 h. 1/2.

Potage tiède, gras ou maigre, avec *viande crue pulpée*.
(Tapioca, vermicelle, jus de carotte, etc.)

Œufs préparés de différentes manières { à la coque. / pochés. / brouillés. / omelette { simple. / au jambon. / soufflée.

ou
Cervelle, ris.
Légumes variés.
Dessert : Confitures, compotes, etc.
Vin léger ou bière faible, ou extrait de malt additionné d'eau.
En somme, alimentation copieuse, *suralimentation* dans laquelle entreront, comme éléments principaux, la *viande crue* (pulpée et suc musculaire), les *œufs*, les *farineux*, mais *pas de viande cuite* d'aucune sorte.
2° Matin et soir, *friction* sur le corps avec un vinaigre aromatique, par exemple :

Vinaigre blanc........................	300 gr.
Essence de térébenthine................	1 gr.
Alcoolat de thym......................	} āā 2 gr.
— de girofle......................	
— de lavande......................	

au gant de crin doux ou gant de flanelle.

Ou encore :

Vinaigre blanc........................	300 gr.
Alcoolat de lavande...................	} āā 2 gr.
— de romarin......................	
— de Fioraventi...................	

Ou bien avec tout autre vinaigre ou eau de toilette, eau de lavande, eau de Cologne, etc. Au besoin *lotions froides* rapides.
3° *Cure d'air* à la campagne, de préférence dans les bois de pins,

d'eucalyptus, à l'atmosphère balsamique ; à la montagne pour les uns, les Pyrénées (Dax, Pau, Cambo, ou l'Auvergne, le Jura, les Vosges) ; à la mer pour les autres, Arcachon, Biarritz : l'été, les villes hivernales du midi, l'hiver, Roscoff, Dieppe, Berck, etc., parfois combinée avec une *cure hydro-minérale* : La Bourboule, Mont-Dore, Allevard, Bagnères-de-Bigorre, Cauterets, Eaux-Bonnes, Saint-Honoré, Amélie-les-Bains, Saint-Sauveur, etc., pour les principales stations.

4° *Gymnastique respiratoire*. Chaque jour une ou deux séances de 5 à 10 minutes.

5° Au point de vue local :

Révulsion sur la région des sommets à l'aide de teinture d'iode alternativement du côté droit puis du côté gauche, en avant puis en arrière, sans entamer la peau.

En cas d'irritation trop vive, graisser légèrement avec de la vaseline boriquée, et saupoudrer avec du talc ou un mélange à partie égale de talc et d'oxyde de zinc.

Au besoin, pointes de feu très superficielles.

6° Comme médicaments proprement dits :

Huile de foie de morue, blanche, simple, à fortes doses, suivant les susceptibilités individuelles, jusqu'à la dose de six cuillerées à bouche dans une journée.

Chez les jeunes sujets qui n'acceptent pas volontiers l'huile en nature, on peut prescrire une émulsion d'huile de foie de morue crémeuse, comme celle-ci :

Huile de foie de morue............	500	grammes.
Sucre tamisé fin..................	190	—
Gomme arabique pulvérisée.......	500	—
— adragante pulvérisée......	5	—
Infusion de café..................	200	—
Rhum, kirsch ou curaçao.........	150	—

Ou bien, d'après la formule de M. le Dr G. Carrière (de Lille) :

Huile de foie de morue blanche.........	1 litre.
Lécithine pure..........................	0 gr. 10.

Trois à six cuillerées à bouche au moment des repas, chaque jour, par entraînement progressif.

Diminuer ou cesser momentanément, s'il y a anorexie par dégoût ou diarrhée par indigestion, principalement pendant l'été.

Remplacer alors par :

Lait....................	une petite tasse.
Gros sel de cuisine.....	une pincée.
Lécithine..............	0,10 à 0,20 centigr.

Donner 2 fois par jour, le matin et au goûter, comme boisson.

Ou bien la *décoction de céréales*.

Autant que possible s'en tenir là. Réserver, pour quelques cas particuliers, le *tannin*, bien accepté sous forme de *cachou*, qui contient à peu près moitié de son poids de tannin et qui est plutôt agréable à prendre à la dose de 0,20 à 0,30 par année d'âge, soit à 6 ans, 1 gr. 20 à 2 grammes environ, mêlé à de la poudre de sucre vanillé, par exemple, ou en suspension dans un julep.

Si on y adjoint le *phosphate de chaux* et les *préparations arsénicales*, on aura à peu près le bilan des médicaments généraux.

L'état local peut créer des indications du moment et nécessiter l'emploi d'autres agents, *créosote*, *eucalyptus*, etc.

Pour que les phosphates soient réellement utilisés, il est nécessaire de les prescrire sous forme de sels organiques, glycérophosphate, lécithine.

Les céréales, les légumineux en renferment de grandes quantités bien assimilables ; le jaune d'œuf, les cervelles, le ris, la laitance et les œufs de poisson, les testicules de volaille de même.

Vie calme, *à la campagne*, en plein air. Instruction faite à la maison, programme très restreint. Pas de tension d'esprit prolongée. Leçon de choses, péripatétisme. Projets d'avenir dirigés vers une vie et une profession rurales. (*Gazette des maladies infantiles*).

VARIÉTÉS

—

LA PLACENTOPHAGIE

Il y a quelques années nous avons fait connaître les habitudes placentophagiques de la plupart des tribus sauvages océaniennes (1).

M. Bouchacourt vient de publier un très intéressant travail sur cette question qu'il étudie autant au point de vue historique qu'au point de vue biologique.

Nous ne tarderons pas en effet de voir se produire dans le commerce quelque spécialité à base de placenta.

Il est d'observation courante que toutes les femelles des animaux utilisent, pour leur nutrition individuelle, les résidus de la nutrition de l'espèce ; souvent même le mâle prend part à ce repas de délivrance, dont le délivre fait les frais.

Tous les vétérinaires ont noté l'habitude de la placentophagie. « Les femelles, dit Rainard, ont toutes plus ou moins de « propension à manger leur arrière-faix, les herbivores com« me les carnivores. »

(1) *Journal de médecine*, vol. XIV, Engelmann et Rodet.

Ceci s'applique indifféremment aux ovipares, aux vivipares, et aux animaux domestiques.

Ainsi tous les oiseaux écrasent, puis mangent les coquilles d'œuf très peu de temps après l'éclosion ; c'est ce qui explique qu'on ne trouve pour ainsi dire jamais de débris de coquilles dans les nids.

Il nous a été donné d'observer, depuis un grand nombre d'années, les mœurs d'un colombier habité par une moyenne de 200 pigeons ; or, jamais nous n'avons trouvé de coquilles, ni dans les nids, ni au-dessous d'eux, et souvent alors qu'un seul des deux œufs de la couvée était éclos.

Le fait que les mères vivipares mangent toujours l'arrière-faix n'avait pas échappé à Mauriceau, ainsi que le prouve la phrase suivante : « Chez les animaux....... dit-il, chaque « petit a dans sa cellule une espèce de placenta particulier, « que la mère mange aussitôt qu'elle l'a vuidé, après avoir « rongé et coupé avec les dents les vaisseaux ombilicaux qui « y tiennent »...

Malgré les efforts que l'homme a faits par la domestication pour empêcher cette habitude, qui d'ailleurs, même chez les herbivores, on l'a constaté depuis longtemps, n'a aucun inconvénient, elle a toujours persisté et tous les animaux y reviennent dès qu'ils sont livrés à eux-mêmes. On peut ajouter que, si, certains animaux, la truie surtout, mais également la chatte, la chienne, etc., mangent parfois leur nouveau-né, ce n'est que par erreur, ces femelles s'imaginant alors qu'elles ingèrent l'arrière-faix qu'on leur a enlevé : et ce qui tendrait à le prouver, c'est, par exemple, que, dès qu'ils ont tété, les porcelets ne courent plus aucun danger.

La persistance de cet instinct paraît se retrouver chez quelques représentants de l'espèce humaine... la coutume instinctive de la placentophagie s'est retrouvée, à diverses époques, chez des peuples primitifs d'origine très différente.

C'est ainsi que Jean de Léry, ministre protestant de Genève, ayant fait en 1556 un voyage au Brésil, rapporte que les naturels du pays mangent le délivre dès sa sortie de la mère, comme les animaux.

Un siècle et demi plus tard, le voyageur Gemelli Carreri observe que, chez les Lakutes (ou Yakouts), peuplade de la Russie d'Asie, le père s'empare de l'arrière-faix immédiatement après sa sortie, le fait cuire, et s'en régale avec ses parents et amis.

En Amérique, d'après Raynal, les Topinambous et les Tapuya utilisent ainsi tout l'arrière-faix (y compris les enveloppes et le cordon).

Engelmann et Rodet rapportent la coutume suivante, qui aurait été observée chez les naturels du Brésil : «.. Quand ils « peuvent se réunir en secret, ils mangent avec délice le gâ« teau placentaire qui vient d'être expulsé. »

Il est possible, il est vrai, que cette opinion ne soit que la reproduction de faits que nous avons vu avoir été relatés antérieurement par Jean de Léry.

Dans une lettre récente, M. le Dr Raynaud, directeur de la Santé à Alger, qui termine en ce moment une étude sur l'hygiène et la médecine au Maroc, a eu l'obligeance de me donner l'indication suivante, malheureusement assez vague : « Je connais, m'écrit M. Raynaud, l'habitude de la placento« phagie, qui existe dans certaines parties du Soudan; mais ni « au Maroc, ni en Algérie, elle ne m'a paru être connue. »...

M. Bouchacourt s'est demandé si la partie extra-embryonnaire de l'œuf ne présentait pas quelques propriétés thérapeutiques. Depuis quelques années, on emploie beaucoup les coquilles d'œufs pour favoriser la croissance des jeunes animaux et il semble que cette substance soit beaucoup plus assimilable que le phosphate de chaux ordinaire, à cause de la prédominance du carbonate de chaux, et de la présence de l'air dans les pores de l'œuf. Il est bien probable, en outre, que la substance organique, constituée par la membrane coquillère, joue également un rôle, en rendant les sels plus assimilables et plus digestifs. Et certaines poudres à *faire pondre*, dont l'action est certaine, ont pour base ces coquilles pulvérisées. Il est bien probable que ces coquilles pulvérisées remplaceraient avec avantage les différentes préparations de chaux qu'on donne aux enfants. Elles existaient d'ailleurs dans les pharmacopées anciennes.

Pour ce qui est du placenta que Dulaurens appelait le *pancréas de la matrice*, on peut dire que c'est un organe des plus complexes non seulement comme structure, mais aussi comme fonctionnement.

D'après MM. Letulle et Nattan-Larrier, il existe dans le placenta un produit sécrété par le plasmode, se présentant au microscope sous forme de boules plasmodiales qui se déverseraient directement dans le sang maternel pendant tout le cours de la grossesse. Antérieurement, Ercolani et Creighton avaient admis qu'il se formait, en divers points de la portion

fœtale de certains placentas, une sorte d'humeur aqueuse, qui étaient absorbée par les villosités fœtales.

Il nous a donc paru logique de penser que la placentophagie avait un but bien déterminé, de même que tous les autres instincts qui ont ce caractère de besoin. L'ingestion du placenta par les animaux ne devant pas être un acte indifférent, pourquoi alors en serait-il autrement dans l'espèce humaine ?

D'ailleurs, au cours des recherches bibliographiques que nous avions entreprises depuis plusieurs années sur cette question, nous nous étions rapidement convaincu, que l'idée d'utiliser le placenta comme médicament était de date très ancienne.

L'opothérapie placentaire remonte, en effet, jusqu'à Hippocrate, et probablement bien plus haut, puisque le Père de la Médecine a surtout résumé les connaissances thérapeutiques qui étaient en usage de son temps.

D. Leclerc, qui a donné la longue liste des médicaments dont il est fait mention dans les recueils hippocratiques, y signale « l'arrière-faix d'une femme ».

Cette indication se retrouve un peu partout dans les Pharmacopées du moyen âge, et jusqu'au XVIIe siècle.

C'est ainsi que M. Fauvelle relate, dans sa thèse, l'emploi par les médecins de l' « arrière-faix des femmes en couches » et les préparations placentaires jouent encore aujourd'hui un rôle considérable, dans la thérapeutique chinoise... Les propriétés aphrodisiaques de la partie embryonnaire de l'œuf paraissent assez vraisemblables.

Nous venons de voir que les coquilles d'œufs, ingérées par les poules, avaient pour effet d'en augmenter la ponte. Il est possible que cette action soit due, tout au moins en partie, à une excitation génitale,

Quant au pouvoir aphrodisiaque de l'arrière-faix, il nous paraît incontestable, tout au moins chez la lapine et la cobaye.

Ayant eu, en effet, l'occasion d'assister un certain nombre de fois, depuis plusieurs années, au part de ces femelles en présence des mâles, nous avons toujours constaté qu'un coït suivait de très près cette mise bas, quand on ne s'opposait pas à l'ingestion du délivre, tandis qu'il n'avait pas lieu dans le cas contraire. Est-ce là une simple coïncidence !

Comme le mâle prenait généralement sa part au repas

placentaire, il nous a semblé que cette action s'exerçait peut-être dans les deux sexes.

L'*hippomane*, philtre d'amour des anciens, dans la composition duquel entrait la membrane charnue qui recouvre les poulains à leur naissance, c'est-à-dire le placenta et les membranes, étaient bien une préparation placentaire. Ses propriétés auraient même été extraordinaires. Suétone rapporte, en effet, que Cesonie, pour se faire aimer de son époux Caligula, lui fit boire de l'hippomane et que ce puissant aphrodisiaque contribua à le rendre fou.

D'après Laurent Joubert, médecin du XVI[e] siècle, le cordon ombilical des filles jouirait d'une propriété singulière qui serait certes souvent mise à contribution de nos jours, si elle était véritablement démontrée efficace. L'origine de ce prétendu pouvoir remonte évidemment à la légende de l'hippomane.

« En quelques pays, dit Laurent Joubert, les bonnes femmes « gardent soigneusement le cordon de leurs filles pour leur « faire des amoureux quand il les faudra marier. C'est qu'el- « les ont opinion que, si on donne à manger ou à boire de « cette vedilhe mise en poudre, à l'homme qui leur est agréa- « ble, il devient extrêmement amoureux de la fille, et ne faut « plus sinon faire les pactes du mariage. »..

Le placenta a été encore employé contre la stérilité, la chlorose, les maladies de l'utérus : M. Bouchacourt insiste surtout sur l'action favorable que paraît avoir la sécrétion placentaire sur la glande mammaire, action qui lui a paru assez bien démontrée pour qu'il ait entrepris des expériences à ce sujet.

... Dans les observations que nous avons rapportées, le produit employé a été, dans la plupart des cas, du placenta de brebis préparé par M. Lepinois, et se présentant sous forme de poudre dont la préparation était faite de la façon suivante :

Le tissu placentaire était haché aseptiquement, puis desséché dans le vide en présence du sucre de lait, à une température variant entre 45° et 50° ; enfin pulvérisé et tamisé.

Cette matière pulvérulente, ressemblant à la poudre de viande, représentait trois fois son poids de placenta frais.

M. Bouchacourt rapporte plusieurs observations recueillies par M. Brindeau, qui paraissent bien démontrer cette action galactogène ; depuis, d'autres faits sont venus les confirmer et montrer qu'en somme la placentophagie favorise la montée laiteuse. De plus, elle a une action très favorable contre la

constipation et l'encombrement intestinal qui suivent presque toujours l'accouchement.

Nous essayerons de faire manger du placenta à nos femmes, ce ne sera pas plus dégoûtant que le suc testiculaire.

FORMULAIRE

Le thym contre la coqueluche.

(A. Nœvius.)

L'auteur rappelle que M. S. B. Johnson a signalé en 1888 le thym comme un bon remède de la coqueluche. Puis, il fait connaître les avantages considérables qu'il en a tirés dans une épidémie de coqueluche qui s'était déclarée à Joensun. La guérison aurait eu lieu en quinze jours. Voici sa formule très simple :

Thym............... 100 gram.
Eau................ 700 —
Faites infuser et ajoutez :
Sirop de guimauve. 50 —

A prendre par doses d'une cuillerée à thé ou à soupe, huit à douze fois par jour, suivant l'âge.

Traitement du muguet des nouveau-nés.

(Mayoud.)

Au cours d'une épidémie de muguet, l'auteur a expérimenté le traitement de cette affection par les badigeonnages au nitrate d'argent, préconisés par Cösz et par Concetti. On emploie une solution d'azotate d'argent à 1 0[0 ou mieux à 3 0[0. Un tampon d'ouate est trempé dans le liquide médicamenteux, puis donné à sucer au nourrisson. Cette manœuvre suffit dans les cas légers. Dans les cas intenses on badigeonne les plaques en les râclant légèrement. On peut substituer le protargol au nitrate d'argent.

La guérison est obtenue très rapidement. (*Lyon méd.*, avril 1902.)

Inhalations dans la coqueluche

(Tournier, de Blida).

L'auteur se sert d'un masque analogue à ceux employés pour la chloroformisation, formé d'une carcasse en fil de fer, recouverte de flanelles légères et englobant le nez et la bouche, susceptible d'être fixé derrière la tête par un caoutchouc ou un cordon.

On verse au centre du masque quelques gouttes (une dizaine) du mélange suivant :

Glycérine.......... 10 grammes.
Créosote........... 5 grammes.
Essence de térébenthine............ 4 grammes.
Essence d'eucalyptus............... 3 grammes.
Essence de girofle.. 1 gramme.

On approche avec précaution le masque près du visage du petit malade ; le premier résultat est une violente quinte de toux qui fait retirer l'appareil ; quand elle est terminée, on le rapproche à nouveau quitte à provoquer une nouvelle quinte de moins en moins forte, et on finit par maintenir et fixer le masque, en faisant plusieurs séances.

On constate que les quintes s'espacent rapidement : il semble que la sensibilité à la toux se trouve tout à coup épuisée par ces inhalations.

Traitement des oxyures par la naphtaline.

D'après Minerbi, onze enfants infectés par ces parasites ont été guéris ainsi en moins de huit jours. La formule employée était la suivante :

Naphtaline........ 1 gr. à 1 gr. 50
Huile d'olive...... 40 à 60 grammes
Pour un lavement.

Chez l'adulte, il faut employer des doses plus fortes :

Naphtaline......... 5 à 6 grammes
Huile d'olive....... 60 à 80 —
Pour un lavement.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

GYNÉCOLOGIE

—

ETIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE EN GÉNÉRAL, ET DES VOIES GÉNITALES EN PARTICULIER.

PAR LE Dr A. LERAY (1).

A la tuberculose génitale, se rattache l'une des questions les plus importantes des affections tuberculeuses, c'est celle de la détermination de la porte d'entrée du bacille.

Ici, en effet, de même que pour le poumon, la peau, les autres tissus ou organes, l'on peut se demander quelle voie a suivie le microbe. Vient-il directement du dehors ? vient-il au contraire de notre propre intérieur ; et dans ce cas de quel organe provient-il, quel trajet a-t-il suivi ?

La merveilleuse découverte de Koch ayant permis de poursuivre le bacille partout, dans l'intimité propre des tissus aussi bien même qu'en dehors de l'organisme, l'étude de la tuberculose a pu marcher dès lors à pas de géant.

Malgré les efforts tentés, malgré le travail patient des chercheurs acharnés à la poursuite de ce passionnant problème, de nombreuses inconnues le recouvrent encore d'un voile sombre ; et, il faut malheureusement le reconnaître, les moyens pratiques de lutter contre le fléau semblent encore prêter à discussion.

Si dans certains pays, comme l'Angleterre ou la Suède, l'on a pu voir la mortalité par tuberculose s'abaisser notablement, dans d'autres, le mal est stationnaire, si tant est qu'il ne progresse pas.

Une idée dominante règne en ce moment sur le monde, touchant ces questions : on se représente en général le bacille de Koch comme toujours identique à lui-même. On lui attribue même un tel caractère de fixité que l'on est près d'en faire une véritable espèce au sens propre du mot, c'est-à-dire que chaque bacille aurait pour origine un bacille semblable, et pour descendance, des bacilles semblables.

Depuis combien de temps ce microbe a-t-il acquis ce caractère ? Est-ce depuis la création du monde ; y a-t-il des milliers ou des milliers d'années ?

N'est-ce pas, au contraire, un organisme susceptible de se modifier rapidement suivant le milieu où il évolue, capable de revêtir chez le non-tuberculeux, ou dans les organes dépourvus de lésions tuberculeuses, une forme distincte de celle sous laquelle on le rencontre dans les lésions tuberculeuses avancées ?

Pour beaucoup, tuberculose et contagion sont choses intimement liées ; pour certains, elles sont inséparables. Nul ne pourrait devenir tuberculeux s'il ne contracte le germe de la maladie.

Or, il nous est difficile d'accepter sans de grandes réserves de

(1) Communication faite au Congrès de Gynécologie de Rome, septembre 1902.

telles propositions. Sur quelle base sérieuse s'appuie la doctrine de la contagion ? quels sont les faits, établis d'une façon indiscutable, qui permettent d'être aussi franchement catégorique dans de telles assertions ?

S'il y a toujours contagion, quelle est la porte d'entrée du contage ? Est-ce la peau, le tube digestif, le poumon, les voies génitales ? Voyons ce que répondent les faits à ces différentes questions.

En ce qui concerne la peau, les expériences de Schmidt, répétées et confirmées par celle de notre très regretté maître, Straus, sont là pour prouver combien doivent être rares les faits d'infection par ce procédé.

Prenant en effet des cobayes, et recouvrant d'érosions superficielles ou de scarifications légères la peau préalablement rasée sur les parties soumises à l'expérience, ces auteurs frottaient longuement et vigoureusement avec la main protégée par un gant, ou avec une brosse dure, des produits tuberculeux ou des cultures de bacilles ; jamais ils n'ont pu provoquer ainsi la maladie chez cet animal cependant considéré à juste titre comme réactif par excellence.

Doit-on incriminer le tube digestif ?

On sait que l'ingestion prolongée de viandes provenant d'animaux tuberculeux, pendant plusieurs années, a été tentée en Allemagne sur des groupements d'individus et que jamais on n'a pu observer des cas d'infection de cette manière. Ces individus soumis à l'observation pendant plus de 15 ans sont restés indemnes de tuberculose.

L'expérimentation sur l'animal est également instructive à cet égard : c'est ainsi que Straus et Wurtz ont fait ingérer pendant 6 mois à des poules, chaque jour, un plein crachoir de crachats tuberculeux riches en bacilles, mélangés à la nourriture.

Ces animaux, sacrifiés après une période variant entre 6 mois et un an, ont été trouvés en parfait état de santé et très engraissés. Certaines avaient absorbé plus de 45 kilogrammes de crachats tuberculeux ; aucune ne présentait de lésion tuberculeuse à l'autopsie, l'examen microscopique de leurs organes, de même que l'inoculation au cobaye de ces organes, furent également négatifs.

L'on sait d'autre part l'extrême fréquence de la tuberculose des vaches laitières, puisque, suivant les localités on a trouvé jusqu'à 40, 50, 60 et même 70 p. 100 d'animaux malades.

Comment expliquer dès lors l'extrême rareté de la maladie chez les jeunes bovidés, bien exposés il semble, à s'infecter par l'usage d'un lait suspect et non stérilisé cependant ? Tous les vétérinaires s'accordent pour reconnaître qu'au-dessous d'un an la tuberculose est exceptionnelle, et que, dans la race bovine, la maladie est d'autant plus fréquente que les animaux sont plus âgés et plus expo-

sés à certaines causes affaiblissantes, telles que le surmenage, la lactation prolongée, la sédentarité dans les locaux mal aérés.

Pour ne citer que quelques exemples, nous voyons Arloing rencontrer, sur 1.734.502 veaux, 43 tuberculeux, et sur 1.013.808 bovidés adultes, 4326 tuberculeux.

Siedamgrostky (de Dresde) a établi des tableaux comparatifs pour mettre en relief la fréquence de la tuberculose, suivant l'âge, le sexe, etc. ; nous voyons que sur 20.882 vaches, il a été trouvé 2.531 tuberculeuses, et sur 126.843 animaux âgés de moins d'un an 141 tuberculeux.

De même Rockl, sur 51.377 bovidés tuberculeux, a rencontré 35.241 vaches soit 68,6 p. 100 et 208 veaux soit 0,4 p. 100.

Et encore, ainsi que le fait remarquer le Profes. Nocard, comme l'on s'est contenté le plus souvent de faire le diagnostic macroscopique, il a pu arriver que l'on ait décrit comme relevant de cette affection un certain nombre de cas, attribuables en réalité à l'action d'un parasite tres fréquent chez le veau, le strongylus micrurus, qui détermine des lésions absolument identiques macroscopiquement aux lésions de la tuberculose bacillaire.

Ces chiffres portent en eux leur enseignement, et semblent rendre bien problématique le danger du lait provenant des vaches laitières, car enfin, ici il ne s'agit pas de passage d'un bacille d'une espèce à une autre espèce, du bœuf à l'homme per exemple, mais bien de contagion entre individus d'une même espèce. Or les jeunes étant considérés comme plus réceptifs à l'action du contage, on s'explique difficilement la rareté de la tuberculose chez les jeunes bovidés.

Tous ces faits semblent rendre bien douteuse la contamination par le tube digestif : telle était du reste l'opinion de Straus dans son magnifique traité de la tuberculose. Pour cet auteur, « les faits établissant la transmission de la tuberculose à l'homme par les ingesta sont loin d'être nombreux et surtout n'entraînent pa s à un degré bien marqué la conviction ».

Les manifestations de la tuberculose sur l'appareil génital de l'homme ou de la femme ne semblent pas non plus très favorables à la doctrine de la contagion.

La transmission se fait-elle par les rapports sexuels ? Les cas de tuberculose testiculaire chez les enfants, et particulièrement chez les enfants en bas âge, viennent à l'encontre de cette manière de voir.

Tout dernièrement, Broca signalait cette particularité que chez eux, la tuberculose est manifestement plus fréquente pendant les deux premières années de la vie. Sur 44 cas observés par lui, il note en effet 7 cas pendant la première année, et 6 pendant la deuxième ; 15 cas de deux à sept ans ; 7 cas de sept à treize ans ; 9 cas de treize à quinze ans.

De même, l'on rencontre des salpingites et des métrites tuber-

culeuses chez des jeunes filles vierges, et chez de jeunes enfants.

Dans tous ces cas, la contagion par rapports sexuels ne saurait être invoquée.

Par ordre de fréquence, les parties occupées par les lésions tuberculeuses sont les trompes, l'utérus et les ovaires. Sur les trompes, la lésion débute ordinairement par le pavillon, ce qui semble indiquer que l'infection prend son point de départ dans le péritoine.

Si la tuberculose génitale primitive chez les femmes était le résultat d'une infection par le sperme bacillifère d'un tuberculeux, la lésion devrait se localiser sur le vagin et sur la portion vaginale du col. Or l'on n'observe pour ainsi dire jamais de tuberculose à ce niveau ; c'est à la partie diamétralement opposée du conduit génital que débute en général la lésion.

Le Fur, dans son étude des tuberculoses vésicales, arrive dans ses conclusions à considérer que des 3 voies offertes au bacille pour pénétrer dans la vessie (1° descendante ou rénale ; 2° ascendante ou génitale ; 3° circulatoire), la dernière semble plus fréquente, et peut même englober toutes les autres à elle seule. « Car, qui sait, dit-il, si même dans le cas de tuberculose secondaire à des foyers situés dans le rein ou dans l'appareil génital, le bacille n'arrive pas encore dans la vessie, par la voie circulatoire, sanguine ou lymphatique, en profitant des anastomoses nombreuses qui unissent la circulation de ces différents organes ? »

La fréquence de la localisation du bacille dans le poumon a pu faire attacher aux poussières inhalées un rôle important dans l'étiologie de la maladie. Cependant, si l'on examine de près cette question, on se rend compte, comme le démontre Auffrecht (de Magdebourg), que les lésions débutent, encore ici, par le système circulatoire. Les bronches et les alvéoles restant saines au début de la maladie, le rôle bacillifère des poussières reste bien problématique. Comment expliquer qu'un bacille aussi nocif ait pu franchir la barrière épithéliale sans déterminer le moindre trouble réactionnel, alors que dans certains cas, on attribue à la présence de quelques rares bacilles des réactions d'une énergie extrême, comme dans les pleurésies séro-fibrineuses par exemple ?

En résumé, dans toutes les manifestations de la tuberculose que nous venons de passer en revue, peau, tube digestif, voies urogénitales ou poumons, on est réduit à recourir à l'hypothèse à laquelle on se rattache pour les autres tuberculoses locales, tuberculoses osseuses, articulaires, tuberculose des séreuses, etc., c'est-à-dire que toujours l'on arrive à incriminer un foyer ignoré latent, tel qu'un ganglion scrofuleux ancien ou caséeux.

Mais en réalité cela ne nous renseigne en aucune façon sur la voie de pénétration du bacille dans l'organisme même.

A côté de ces faits, des constatations non moins intéressantes peuvent éclairer peut-être la question d'un jour nouveau.

Ainsi, quand tout semble réuni pour voir se produire la contagion, celle-ci reste néanmoins exceptionnelle, ainsi qu'il ressort avec évidence d'enquêtes faites en Angleterre, en Allemagne, en France, etc.

La prétendue contagion entre mari et femme ne s'observe qu'à titre d'exception, et encore ne l'observe-t-on guère que dans la classe ouvrière. Or si l'on songe à l'extrême misère résultant dans ces ménages du fait de la tuberculose de l'un des conjoints, avec surmenage, veilles, diminution de salaire, air confiné, privation de toutes sortes, il faut reconnaître que toutes les causes qui conduisent à la tuberculose se trouvent ainsi réunies sans que l'on ait même à faire intervenir la contagion proprement dite.

De même chez les personnes soignant les tuberculeux, voit-on la contagion rester exceptionnelle, et ne se produire qu'autant que l'un des facteurs susmentionnés entre également en jeu.

Parallèlement, les travaux de Baër ont démontré un point bien significatif dans l'histoire de la tuberculose. Quand les circonstances sont telles qu'il est pour ainsi dire impossible d'incriminer la contagion, comme c'est le cas pour les prisonniers vivant en cellule, et n'ayant par conséquent aucun rapport avec leurs semblables, on constate une mortalité énorme par phtisie, et cela malgré une propreté rigoureuse exigée par le règlement, en vue précisément d'éviter la contamination par les crachats desséchés d'un phtisique ayant antérieurement occupé la cellule.

Ces derniers faits conduisent naturellement à penser à une théorie presque complètement abandonnée aujourd'hui, qui a eu cependant son heure de vogue, et à laquelle un jour prochain, peut-être, l'on devra revenir.

Nous voulons parler de l'auto-infection : toute une série de faits que nous ne pouvons développer ici sont là pour prouver que cette théorie paraît plus vraisemblable que celle de la contagion.

Tout d'abord, le bacille de Koch peut se présenter sous des aspects totalement différents de celui sous lequel on est habitué à se le représenter : c'est un microbe polymorphe, comme l'ont démontré les travaux de Metchnikoff, Klein, Maffuca, Arloing et Courmont, Ferran, etc.

De plus, il est de constatation banale qu'au début de la tuberculose, il est de règle de ne pas rencontrer le bacille caractéristique ; c'est ainsi que dans les crachats post-hémoptoïques, le liquide de la pleurésie séro-fibrineuse, et les lésions tuberculeuses récentes en général, il est impossible de le déceler par le microscope.

Enfin, dans des organes ou tissus qui, théoriquement en sont privés, comme le sang ou les muscles d'individus ayant succombé à la phtisie, ils sont virtuellement contenus cependant, puisque l'inoculation de ces produits détermine la tuberculose du cobaye.

Les expériences de Villemin, de Steinheil et de Straus sont là pour en témoigner.

A quoi tiennent ces contradictions, sinon à ce fait, qu'au début le bacille se présente sous une forme autre, avec des caractères biochimiques différents de ceux qu'il revêtira dans les lésions tuberculeuses avancées.

Ce qui ressort en toute évidence de ce court travail, c'est que la contagion en matière de tuberculose n'explique absolument rien, et qu'en dernier ressort, qu'il s'agisse de la peau, du poumon ou des voies génitales, l'on en est réduit à l'hypothèse d'un foyer ignoré.

La théorie de l'auto-infection, telle que nous la comprenons, expliquerait, il nous semble, les nombreuses inconnues de ce vaste problème.

Un saprophyte de l'intestin, le proteus vulgaris vraisemblablement, quitterait dans certaines conditions, bien connues du reste (surmenage, asphyxie ou séjour dans un air confiné, intoxication), son habitat normal : entraîné par les chylifères dans le canal thoracique, il passe de là, par la sous-clavière gauche, dans le cœur droit et directement dans le poumon. Cet organe est donc en définitive le premier qu'il rencontre, le premier avec lequel il entre en contact intime par l'intermédiaire des capillaires.

Normalement, les ganglions mésentériques doivent l'arrêter au passage ; mais que, pour une raison quelconque, ces organes ne jouent pas leur rôle protecteur, le bacille ira échouer dans les capillaires du poumon. S'il trouve là un terrain favorable à son évolution, il se développera et pourra devenir dangereux par sa prolifération ; si le terrain est impropre à sa végétation, il sera éliminé ou détruit.

Que ce même microbe traverse le poumon sans s'arrêter, il sera lancé dans la circulation générale, et se développera au point où les tissus présenteront une faible vitalité.

Les cas de tumeurs blanches consécutives à des traumatismes, et dont nous avons pu voir plusieurs exemples dans le service de notre maître, M. le docteur Blum, sont là pour confirmer encore cette manière de voir.

CRISES NERVEUSES CONSÉCUTIVES A UNE ABLATION DES ANNEXES, GUÉRIES PAR LE MASSAGE GYNÉCOLOGIQUE

Par la doctoresse Cécile Leder.

L'opération, et notamment l'ablation d'un ou des organes malades, constitue généralement la dernière étape du traitement des affections gynécologiques ; cependant, il n'est pas rare de voir des complications éloignées dans les suites opératoires pour lesquelles les ressources thérapeutiques sont très restreintes, c'est pour-

quoi je pensais qu'il sera intéressant de faire connaître le massage gynécologique comme m'ayant donné des résultats très satisfaisants dans plusieurs de ces cas. Cette observation en est un exemple :

Madame R.., 34 ans. Opérée il y a 7 ans. Ovariotomie double. Souffre actuellement de *crises nerveuses*, qui surviennent à des époques plus ou moins rapprochées, d'une façon irrégulière, et la malade ne se rend pas compte de la cause qui les provoquerait.

La crise commence par une douleur très vive au niveau des annexes et surtout à droite, la douleur se propage au ventre et en ceinture.

Il y a ballonnement du ventre, l'estomac est douloureux, vomissements, impossibilité de prendre aucune nourriture. Et ces symptômes graves durent 1 ou 2 jours, ensuite les douleurs se calment, les autres symptômes s'atténuent, mais la digestion reste encore troublée pendant quelque temps, et les forces ne reviennent que lentement.

Les dernières crises étaient intenses et l'affaiblissement tel qu'elle était obligée de garder le lit pendant 2-3 semaines. Les premiers temps après l'opération, elle ressentait de temps en temps une douleur vive dans ces mêmes régions, mais cela ne durait pas et les symptômes qui l'accompagnaient étaient moins intenses. Mme R. habite la campagne et, ne pouvant s'absenter facilement, se contentait de calmer les douleurs avec des cataplasmes, du laudanum, les calmants ordinaires. Mais les crises sont devenues de plus en plus fréquentes et, comme on le voit, d'une durée et intensité de plus en plus grandes Fatiguée de souffrir, Mme R. se rend à Paris et vient consulter le Dr Auvard au mois d'octobre dernier. M. Auvard attribuant ces crises à des pincements probables des extrémités nerveuses au niveau du champ opératoire et aussi à de l'irritation du vagin qu'il a constatée en même temps, conseille le traitement par le massage et des tampons de glycécérine.

J'ai vu la malade pour la première fois le 16 octobre 1901. Elle appréhendait de se soumettre au traitement par le massage, car elle sortait d'avoir une *crise*, se sentait *très fatiguée* et appréhendait d'ailleurs tout.

La première séance de massage est pratiquée le 16 octobre 1901. On ne sent rien à la place des annexes enlevées, qu'un peu d'empâtement et de la raideur du tissu un peu plus du côté droit. Le ventre est plutôt dur. La cicatrice intacte, non douloureuse. Je trouve l'utérus petit, infantile, en hystéropexie. Col petit. Vagin étroit et court et en état d'irritation. L'introduction du spéculum petit calibre est très douloureuse et la malade ne tolère pas le tampon. Cependant les rapports ne sont pas douloureux.

Interrogée au point de vue de la sensibilité, Mme R..., qui était

mariée depuis 7 ans avant son opération ne sentait rien — elle était stérile, — et ce n'est que depuis plusieurs années, donc après l'opération, que sa sensibilité s'est réveillée.

En dehors des crises douloureuses. Mme R. a conservé son intelligence et son activité.

Le 17 *octobre 1901.* — A été un peu énervée cette nuit, 2e séance de massage.

Le 18 *octobre*, 3e *séance.* — Se sent moins fatiguée, a bien dormi.

Le 19 *octobre*, 4e *séance.* — Assouplissement des tissus. On constate moins de raideur à droite.

Le 21 *octobre*, 5e *séance.* — De la souffrance encore.

Le 23, 6e *séance.* — Va bien.

Le 24 *octobre*, 7e *séance de massage.* — Je constate une grande souplesse du ventre.

Le 25 *octobre*, 8e *séance.* — La malade me dit qu'elle se sent tellement bien, comme si on lui avait mis de l'huile dans les jambes. Elle marche mieux, et « (se sent, dit-elle, comme une machine qui avait besoin d'être graissée) ».

Elle n'a plus la tendance de se *raidir*, car, la nuit surtout, dans son lit, elle se *raidissait* souvent de façon à en souffrir.

Je n'ai pas introduit des tampons qui étaient mal tolérés, elle n'est plus irritée dans le vagin, ne ressent plus aucun des malaises habituels, mange bien et dort bien.

Le 27 *et jours suivants.* — Même état excellent. Nous continuons le massage quotidien le 30 octobre, le 31 octobre et enfin le 2 novembre 1901, dernière seance (15e). La malade est obligée de partir chez elle. Part en bon état et dans l'intention de revenir pour refaire quelques séances de massage en plus si elle est satisfaite.

Revue 4 mois plus tard.

Le 28 *février* 1902. — Se félicite d'avoir fait le traitement par le massage. Elle était beaucoup mieux cet hiver.

1) Marche 6 kilomètres sans fatigue, joue du piano plusieurs heures par jour, ce qu'elle ne pouvait faire avant, etc.

2) *Pas de crise*, pour ainsi dire depuis le dernier traitement. Deux petits commencements de crises avec douleurs moins intenses, et qui n'ont pas duré, 1 jour seulement, l'estomac n'était pas intéressé et elle a pu *manger et se lever* malgré cela.

Encouragée par les bons résultats obtenus, nous allons, pour compléter la guérison, refaire une nouvelle série de massage. Le 1er mars 1902, 1re séance, suivie comme la première fois d'un peu de fatigue générale que la malade attribue au 1er massage, qu'elle supporte moins bien que les séances suivantes.

Nous faisons les séances quotidiennes le 2, 3, etc., 6 et 7 mars la malade se sent bien, éprouve un grand bien-être, souplesse. Loin de se reposer après le massage, Mme R. sort beaucoup, prend des distractions, théâtres, concerts, dîner ; dit ne pas ressentir la moindre fatigue. Cependant, le 7 mars, dans la nuit, vers 10 heures

du soir, a commencé à avoir comme une crise, a mal dormi la nuit, mais va mieux le matin.

Voilà comment cela s'était passé : en rentrant chez elle, le 7 mars vers 10 heures du soir, après une journée de fatigue et un dîner en ville, elle a eu une forte émotion, une peur dans la rue, à la suite d'un accident de voiture. La nuit, les douleurs du bas-ventre ont commencé et l'ont empêchée de s'endormir. Cependant le matin elle allait déjà mieux et put se rendre chez moi pour son massage comme d'habitude. J'ai donc pu ainsi la voir dans cet état de crise et constater les changements. Il y avait en effet au niveau des annexes, surtout à droite (ce côté était aussi le plus atteint avant l'opération), une raideur plus prononcée et des duretés comme des cordes dures que la malade elle-même a pu remarquer et dont elle m'avait parlé. Je pense que c'est la trompe ou simplement une congestion au niveau du pédicule. Cette fois, la crise s'est bornée à cette douleur et quelques malaises à l'estomac, mais elle a pu continuer à manger, pas de vomissements. Le lendemain, 8 mars, va mieux, sort le soir à l'opéra, le 9 mars au concert etc. Nous continuons le massage tous les jours. Le 12 mars, se sent fatiguée. Je lui recommande le repos absolu et viens moi-même la masser chez elle pendant quelques jours. Les jours suivants, elle va mieux, mais pas aussi bien qu'auparavant, mal entrain comme elle dit, éprouve quelques malaises à l'estomac et ne s'endort pas facilement qu'à 1 heure du matin.

Le 15 *mars*. — Va mieux. Massage.

Le 16 *mars*. — Va bien. Le 17 et 18, même état. Le 19 mars, a bien dormi la nuit et se sent tout à fait bien après le repos. Séance de massage et tampon à la glycérine qu'elle tolère mieux, le vagin s'étant un peu élargi depuis le traitement. Le 20 mars, dernière séance de massage. Je constate aujourd'hui une grande souplesse au niveau des annexes opérées surtout à droite, disparition d'empâtement et des cordes dures qu'on sentait pendant la légère crise de douleur. Part à la campagne. Et va bien jusqu'à ce jour.

Donc, le massage dans ce cas a été doublement utile pour l'état général et l'état local. En agissant sur la circulation abdominale et en supprimant des tiraillements et adhérences probables du pédicule et intestinales. Nous voyons la malade se trouvant plus légère, qui marche facilement, qui dort mieux et digère mieux, qui est gaie et heureuse. *Le résultat au point de vue des crises est excellent*, car tandis qu'avant, les crises étaient fréquentes, se succédaient presque et étaient pénibles et affaiblissantes, après le traitement, elle a ressenti la douleur locale 2-3 fois à peine dans 6 mois de temps et sans autres complications.

Encore est-il une recommandation sage à faire aux malades en cours du traitement par le massage : garder le plus de repos possible, quoiqu'il n'est pas nécessaire de leur faire garder le lit.

TRAITEMENT DE L'ECZEMA VULVAIRE

(Lutaud)

Par sa fréquence et par sa persistance, l'eczéma vulvaire mérite d'appeler l'attention du praticien, et j'ai obtenu la guérison de prurits anciens et persistants par l'application rationnelle du traitement de la dermatose.

C'est l'eczéma séborrhéique ou impétigineux qui domine dans la région vulvaire et anale.

Traitement général.

I. — J'applique d'abord la médication qui convient à toutes les dermatoses : abstinence du café, de l'alcool, du vin pur, de la charcuterie, des coquillages, des crustacés, du poisson, des gibiers faisandés, des épices et surtout des fromages fermentés. Favoriser la diurèse par l'emploi du lait.

II. — C'est surtout chez la femme et dans l'eczéma génital qu'il faut veiller au bon fonctionnement de l'intestin et insister sur l'emploi des laxatifs ; chez les obèses, je préfère la podophylle ; chez les maigres, les préparations de rhubarbe et le séné. Je me suis toujours bien trouvé de la poudre suivante :

Follicules de séné passées à l'alcool en poudre........................	} àâ 5 grammes.	
Soufre en poudre..................		
Crème de tartre..................	3	—
Poudre de réglisse...............	4	—
Sucre............................	25	—

Une cuillerée à café immédiatement avant le premier déjeuner.

III. — La médication thermale doit être conseillée chaque fois qu'elle est possible ; les femmes rhumatisantes ou goutteuses seront envoyées à Vittel, à Contrexéville et à Royat.

Les malades chez lesquelles domine la tendance arthritique seront soumises à un traitement alcalin : Vichy, Vals, Pougues, etc.

Traitement local.

IV. — Lorsque la vulve est irritée, n'employer comme lotion que des préparations émollientes : eau de son, de guimauve, de camomille ; ajouter un peu d'acide borique à l'eau bouillie servant de base aux lotions.

Après la lotion, appliquer sur la partie malade des cataplasmes de farine de lin ou de fécule de pomme de terre, faits à chaud avec de l'eau boriquée, et appliqués à froid.

Pour la vulve, je recommande particulièrement l'emploi de petites compresses de tarlatane, pliées en huit et imbibées d'eau de son boriquée ; on applique les compresses entre les petites lèvres

et on recouvre de taffetas gommé. Le pansement doit être renouvelé après chaque miction.

Pour le jour, lorsque la malade ne peut conserver le repos, appliquer sur la vulve de l'ouate boriquée.

Lorsque le prurit est très intense, appliquer le traitement spécial que j'indique plus loin (voir *Prurit de la vulve*).

V. — Lorsque la période d'irritation est calmée, j'applique une médication curative. Voici une bonne formule de pommade à l'acide salicylique dont l'emploi sera surveillé :

Vaseline..........................	25 grammes.
Oxyde de zinc.....................	ãã 5 —
Amidon de blé.....................	
Acide salicylique..................	50 centigr.

Pour appliquer après une lotion à l'eau de son boriquée sur les parties préalablement séchées avec de l'ouate. Avoir soin d'uriner avant de faire le traitement.

VI. — Lorsque l'eczéma affecte une forme séborrhéique et qu'il y a des croûtes, j'emploie la préparation suivante :

Acide phénique........................	25 centigr.
Baume du Pérou.......................	2 grammes.
Huile d'amandes douces.............	100 —

Que j'applique après chaque miction.

VII. — C'est dans la forme séborrhéique que les préparations à base de mercure sont indiquées :

Turbith minéral......................	1 gramme.
Vaseline..............................	30 grammes.

Il est bon, après chaque application de pommade et même après chaque pansement, de mettre sur la vulve une poudre inerte.

VIII. — Les bains doivent être employés avec modération et ne pas être de trop longue durée, ni trop chauds. Je préfère l'emploi d'un bain de siège matin et soir avec de l'eau de son boriquée aux grands bains prolongés.

OBSTÉTRIQUE

DE LA MISE A EXÉCUTION DES INTERVENTIONS DANS LE CAS DE DYSTOCIE PELVIENNE.

Par M. Paul Bar.

(*Suite et fin.*)

« S'il est dans une ville où il a des confrères, s'il n'y a pas urgence, le médecin pourra peut-être refuser son concours et demander qu'on le remplace », dit M. Maxwell.

Je suis surpris du mot « *peut-être* ». Dans la pensée du magistrat de Bordeaux, l'accoucheur, en s'abstenant, userait donc de son droit, mais jusqu'à la dernière limite de celui-ci, et sa conduite resterait sujette à discussion.

A la vérité, le médecin peut et doit s'abstenir, et cela sans réserves.

Les circonstances ne lui imposent pas une conduite contraire au principe que je disais tout à l'heure. Il n'y a pas urgence, et la parturiente peut faire appel à d'autres avis, peut-être plus complaisants.

Aucun reproche ne pourrait être adressé au médecin qui, voyant son avis repoussé, se retirerait.

« Mais, dit M. Maxwell, s'il y a urgence, et si les autres médecins sont trop éloignés, il devra faire l'opération réclamée par la parturiente, même si elle entraîne la mort de l'enfant. »

Dès la première lecture que je fis du discours de M. Maxwell, son avis ne m'avait pas semblé fondé. Mais les hommes sont volontiers enclins à apporter, dans leurs jugements sur l'art, sur la science qu'ils professent, un absolutisme, et, pourquoi ne le dirais-je pas ? une certaine étroitesse d'esprit professionnel qui heurtent vivement ceux qui sont étrangers à l'art, à la science qu'ils cultivent. Médecins, nous n'échappons pas à ce défaut, et nous devons souvent nous demander si nous ne nous arrogeons pas, dans nos décisions et dans nos interventions, une autorité qui n'est pas sans réduire singulièrement les droits de nos patients.

J'imagine que M. Maxwell a entendu protester contre de semblables errements et qu'il a voulu nous rappeler les risques que nous pouvions courir. A cet égard, son discours est intéressant à méditer, car il représente l'opinion d'un magistrat qui pourrait être appelé, si notre initiative prêtait à revendication, à requérir contre nous et il y a lieu de penser que cette opinion est partagée par un certain nombre de ceux qui auraient à décider.

J'ai donc lu et relu, avec toute l'attention qu'il mérite, le remarquable discours de M. Maxwell.

Malheureusement, si les arguments se multiplient, pressants et indiscutables, quand l'orateur défend le droit, pour la femme, d'accepter ou de refuser une opération, son discours est muet quand il s'agit de justifier le devoir imposé au médecin de pratiquer l'embryotomie, si elle est réclamée par la parturiente.

Vous sentez bien que l'autorité du magistrat de Bordeaux ne peut suffire à faire accepter sans discussion une doctrine aussi contraire au principe fondamental que je disais plus haut : *La parturiente ne peut pas plus imposer sa volonté à l'accoucheur que celui-ci ne peut lui imposer la sienne.*

Mais si M. Maxwell a négligé de motiver son opinion, je connais, pour l'avoir maintes fois entendu, le raisonnement par lequel les

partisans de cette doctrine essaient de justifier aux yeux du médecin une pareille abdication de sa volonté.

L'embryotomie, dit-on, n'est pas une opération inacceptable en elle-même ; les circonstances sont pressantes ; la parturiente l'exige ; vous n'avez pas le droit de lui refuser votre secours, et vous devez pratiquer l'embryotomie suivant les règles de l'art.

Vous voyez, j'imagine, le défaut du raisonnement. Que l'embryotomie ne soit pas en elle-même une opération inacceptable, nul n'y contredit. Aussi la mère peut-elle la demander.

Peut-elle l'exiger ? Non.

Il importe peu, en effet, de savoir si l'embryotomie est ou n'est pas une opération inacceptable en elle-même ; ce qui importe, c'est de préciser si l'embryotomie est acceptable dans un cas particulier. De cela, seul l'accoucheur est juge ; s'il estime l'embryotomie contre-indiquée, nulle force ne peut l'obliger à la pratiquer.

Mais, dira-t-on, une opération permettant de sauver la mère par le sacrifice de l'enfant n'est jamais contre-indiquée. J'avoue ne guère aimer cet argument.

Dans la réalité, quand on refuse de pratiquer l'embryotomie, on n'entend nullement sacrifier la mère à l'enfant ; mais on estime que l'opération permettant d'avoir un enfant vivant ne fait pas courir à la parturiente de trop grands risques et on considère que la vie d'un enfant les vaut.

Un accoucheur peut donc, sans être accusé de sacrifier la mère, considérer l'embryotomie comme étant, dans un cas donné, contre-indiquée, inacceptable ; il peut, en toute conscience, maintenir sa décision.

Mais dira-t-on, les circonstances sont pressantes, les autres médecins sont éloignés ; laisserez-vous mourir la mère plutôt que de faire l'embryotomie ? Si respectable que soit le principe que vous invoquez, n'en est-il pas un qui domine tous les autres ? celui de prêter votre secours à qui en a besoin. Or, de ce que vous vous serez refusé à intervenir comme la mère vous le demandait, celle-ci mourra. N'aurez-vous pas manqué au premier de tous vos devoirs ?

A vrai dire, l'argument n'a pas grande valeur. Quand on propose à une femme en travail, dont le bassin est rétréci, de pratiquer une section césarienne ou une symphyséotomie, les circonstances ne sont jamais tellement pressantes que la mère risque de mourir si on ne broie pas immédiatement l'enfant comme elle le désire. La femme peut donc encore trouver secours, et les conditions dans lesquelles ces opérations (section césarienne ou symphyséotomie) doivent être faites impliquent généralement que l'aide sera facile à trouver.

Mais qu'il n'en soit pas ainsi, qu'une entente soit impossible, il faudra pourtant qu'une des deux volontés cède à l'autre.

Le plus souvent, la volonté du médecin, si elle a été bien réfléchie, ne cèdera pas.

Je reste donc fidèle à la manière d'agir que je soutenais en 1898 à la Société obstétricale de France, et qui est celle que préconisait récemment M. Pinard.

Je voudrais qu'au texte actuel de la consultation du Comité consultatif fût substituée, en ce qui concerne le point que j'étudie, la rédaction suivante, plus claire et plus simple :

Si la parturiente ne consent à se laisser opérer que dans des conditions déterminées, l'accoucheur doit encore s'incliner, à moins que ces conditions lui paraissent inacceptables, auquel cas il doit s'abstenir.

V

DANS QUELLE MESURE L'ACCOUCHEUR DOIT-IL CONSULTER L'ENTOURAGE DE LA MALADE ?

Si la malade a son libre arbitre, son avis a seul de la valeur ; c'est lui qui doit prévaloir.

Il arrivera souvent que des femmes demanderont à consulter leur mari, leur mère ; non seulement vous devez les engager à le faire, mais vous ne devrez pas vous refuser à exposer votre opinion à ceux que la femme désire avoir pour conseils. Si vous jugiez ne pas devoir agir ainsi, vous devriez vous retirer.

Quels que soient les avis demandés et donnés, une seule opinion devra être tenue par vous comme valable : celle de la femme.

Si la femme n'est pas consciente, vous devrez demander l'avis de la famille.

Je ne sais qu'une exception à cette règle : l'urgence, ne vous laissant pas le temps de consulter les proches de la patiente, et venant vous forcer la main.

VI

L'ACCOUCHEUR PEUT-IL, QUAND LA FEMME NE JOUIT PAS DE SON LIBRE ARBITRE, PASSER OUTRE A L'AVIS EXPRIMÉ PAR L'ENTOURAGE ?

M. Maxwell, traitant de cette question, s'exprime ainsi :

« Supposons, dit-il, que la parturiente soit incapable de manifester sa volonté. Des intérêts pécuniaires considérables sont en jeu ; la jeune femme a une fortune personnelle qui appartiendra à son enfant s'il survit ; dans le cas contraire, les parents auront leur réserve, le mari les droits nouveaux que lui donne l'article 767 ; il peut être même le légataire universel de sa femme. On peut supposer, et j'ai lieu de croire que le cas s'est réalisé dans la pratique, que ces intérêts contradictoires entrent en conflit et mettent en opposition les parents et le mari de la malade.

« Que fera le médecin ? il obéira, il me semble, à ceux des proches de la parturiente qui sollicitent l'opération la moins dangereuse pour elle, car il y a présomption que telle serait la volonté de la mère ; nous avons vu que celle-ci était seule maîtresse de se prêter à une opération dans les limites qu'elle précisera. Le prin-

cipe que je discutais tout à l'heure doit ici encore recevoir son application. »

La solution proposée par M. Maxwell est simple. S'impose-t-elle ? Il y a présomption, pense-t-il, que la mère eût fait choix de l'opération la moins dangereuse pour elle.

Je ne crois pas cette opinion fondée.

La mère, c'est du moins ce que la pratique de chaque jour nous montre, ne fait pas si bon marché que M. Maxwell semble le croire de la vie de son enfant.

S'il est une présomption, c'est qu'elle suivrait le conseil de l'accoucheur en qui elle aurait placé sa confiance.

Le médecin se décidera donc en ayant seulement souci des intérêts de la mère et de l'enfant, et son opinion prendra d'autant plus d'autorité que lui seul, peut-être, agit en toute indépendance, que lui seul certainement agit en connaissance de cause.

Mais peut-il s'autoriser d'une telle situation pour imposer sa volonté aux proches de la malade et intervenir malgré leur veto ? S'il n'y a pas urgence, il ne le doit certainement pas.

Dans ce cas, si la parturiente est une aliénée, il pourra, suivant le conseil donné par M. Maxwell, se pourvoir auprès du ministère public. Un curateur spécial serait nommé, qui viendrait donner à l'accoucheur l'appui dont il a besoin pour agir malgré toute opposition.

Mais une parturiente peut, sans être une aliénée, ne pas jouir de son libre arbitre. S'il n'y a pas urgence, peut-être le médecin pourrait-il, s'il se considère comme le mandataire de la malade, se pourvoir en référé et réclamer la nomination d'un expert qui viendrait l'appuyer.

Ces solutions sont assurément acceptables quand il n'y a pas urgence. Mais la rapidité avec laquelle on doit agir en obstétrique ne s'accommodera guère, dans la plupart des cas, des délais que de pareilles solutions comportent. Que ferez-vous si les proches parents de la parturiente opposent leur veto à l'intervention que vous estimez bonne, et vous en imposent une autre qui vous semble mauvaise ?

Je crois que la prudence vous imposera, surtout si vous êtes seul, l'abstention. Si justifiable que vous paraisse une intervention faite d'autorité, votre initiative pourrait, dans l'état actuel de nos mœurs et de notre législation, devenir prétexte à de graves revendications contre vous.

TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE.

(Maygrier)

Le premier symptôme de l'éclampsie étant souvent l'albuminurie, il importe de mettre au repos et de soumettre au régime lacté

exclusif toute femme enceinte dont les urines sont albumineuses.

Ce régime sera continué au moins huit jours : au bout de ce temps, la femme sera à l'abri de l'éclampsie (Tarnier).

Une fois l'éclampsie déclarée, il faut à la fois débarrasser l'organisme des principes toxiques qui l'encombrent, et calmer l'excitabilité des centres nerveux.

Une saignée de 300 à 500 grammes sera pratiquée. Jadis Depaul retirait jusqu'à 1.200 à 1.500 grammes de sang. Ces larges soustractions sanguines ne sont plus employées : elles diminuent par trop la résistance de la malade. M. Maygrier fait suivre la saignée d'une injection sous-cutanée équivalente de sérum présentant la formule suivante :

Chlorure de sodium.............	8 grammes
Eau distillée.....................	1,000 —

On administrera un grand lavement suivi d'un lavement purgatif, on fera prendre 150 à 200 gr. de lait toutes les deux heures : si la malade ne peut avaler, on la gavera, et si les dents sont serrées, on introduit la sonde par la voie nasale.

L'excitabilité des centres-nerveux et l'agitation seront amendées par le chloroforme et le chloral. Mais on n'administrera pas le chloroforme à hautes doses dans la crainte d'ajouter, comme l'a dit M. Budin, une intoxication médicamenteuse à l'intoxication éclamptique : on se contentera de verser quelques gouttes sur un mouchoir au moment des périodes d'excitation. De même pour le chloral : les doses de 12 à 15 grammes recommandées jadis sont trop élevées. A prescrire des lavements :

Hydrate de chloral.................	4 grammes.
Jaune d'œuf.........................	n° 1
Lait..................................	200 grammes.

Les Allemands recommandent la morphine : on pourra y recourir avec précaution. Quant aux bains chauds conseillés par Bar, ils excitent avantageusement la fonction rénale, mais ils sont souvent d'administration difficile.

Pendant les attaques on retiendra la femme dans son lit, on l'empêchera de se mordre la langue en appliquant une compresse audevant des arcades dentaires. Ce sont là de petites précautions qu'il ne faut pas négliger.

Faut-il débarrasser l'utérus ?

Il n'y a pas lieu de *provoquer* l'accouchement, car l'éclampsie peut persister après l'accouchement et d'autre part, la grossesse peut continuer après l'éclampsie. Quelques auteurs, Halberstma en particulier, qui admet que l'éclampsie tient souvent à une compression des uretères, sont allés jusqu'à proposer et pratiquer l'opération césarienne. Cette opinion est peu soutenable. Pour se décider à intervenir, il faudrait voir survenir des accidents graves : anurie ou élévation thermique par exemple ; en dehors de ces con-

ditions, il ne faut pas interrompre la grossesse et se contenter d'attendre.

Par contre, dès qu'il y a un commencement de travail, l'expectation n'est plus de mise. Si la dilatation marche lentement, élargissons-la par l'entrée des deux indicateurs dans le col, suivant le procédé de Bonnaire. Aussitôt qu'il sera possible de pénétrer dans l'utérus, délivrons la mère par le forceps, la version ou l'extraction, suivant le cas. Ici, il ne convient plus de tergiverser ; autant l'on doit avoir de répugnance à intervenir pendant la grossesse, autant il faut apporter de décision et de promptitude à accélérer le travail quand il est commencé, et à terminer rapidement l'accouchement. (*Journal des praticiens*, juin 1902.)

DOIT-ON INTERROMPRE LA GROSSESSE CHEZ LES OUVRIÈRES TUBERCULEUSES ?

Cette importante question, qui a été discutée au Congrès de gynécologie de Rome, a été à l'ordre du jour de la Société de médecine de Berlin. Il nous a paru intéressant de faire connaître l'opinion de nos confrères allemands.

C'est M. Hamburger qui a exposé la question de la légitimité et de la nécessité d'interrompre la grossesse chez les ouvrières atteintes de tuberculose. Leyden avait déjà soutenu qu'on peut être autorisé à arrêter une grossesse en partant de ce fait que la grossesse influence d'une façon très fâcheuse la tuberculose. Maragliano est encore plus radical, car il pose en principe qu'on doit interrompre la grossesse dans toutes les circonstances chez les femmes tuberculeuses sitôt que le diagnostic est établi.

Hamburger fait intervenir dans ses considérations un élément social et fait remarquer que la réponse à cette question doit être surtout tirée de la condition des ouvriers. Ici, en effet, les moyens manquent pour combattre autrement la maladie, et on juge mieux qu'ailleurs les progrès rapides que fait faire la grossesse à la tuberculose. L'orateur rapporte 10 observations personnelles dans lesquelles il signale surtout la situation sociale et surtout les conditions d'habitation. Il s'agit toujours de femmes ayant une famille nombreuse, habitant des logements étroits, que leurs ressources obligent d'écourter le temps des couches pour reprendre le travail. Sur ces 10 femmes, 4 ont succombé, l'état de la cinquième est mauvais, le pronostic des autres n'est pas défavorable à condition d'éviter une nouvelle grossesse. Ces femmes ont eu 51 enfants, dont 28 sont encore vivants.

Hamburger a toujours constaté l'aggravation de la tuberculose sous l'influence de la grossesse et c'est pour cette raison qu'il défend le principe de l'interruption de la grossesse dans ces condi-

tions, l'avortement artificiel étant moins dangereux que l'accouchement prématuré artificiel. Dans la suite, le médecin doit chercher à éviter aux ouvrières tuberculeuses de nouvelles grossesses. Il faut renoncer à la possibilité de voir arriver un enfant non tuberculeux, si l'on tient compte de l'état de la mère et des conditions de la famille. La mère doit être ménagée pour elle et pour ses autres enfants, et le pronostic de la santé d'un enfant venu dans des conditions misérables et appartenant à une famille tuberculeuse est trop incertain pour qu'on puisse lui attribuer la première place.

M. Caminer s'est élevé énergiquement contre l'opinion défendue par Hamburger. Ses raisons sont que toutes les tuberculoses ne sont pas aggravées par la grossesse, mais seulement 66 p. 100 et que l'interruption de la grossesse n'amène un arrêt de la tuberculose que dans 77 p. 100 de cas. Enfin, étant donnée la propagation énorme de la tuberculose, il ne serait pas possible d'agir comme le demande l'orateur, et dans le cas où on le ferait, il en résulterait de pires conséquences pour la population.

M. Jacob s'est tenu dans un moyen terme et a insisté surtout sur l'importance de l'amélioration des conditions sociales des femmes. De plus, il croit que l'accouchement prématuré peut donner de bons résultats.

M. Heimann a demandé une enquête sur la question et voudrait savoir combien de temps vivent les femmes tuberculeuses soit après un accouchement naturel, soit après une grossesse interrompue prématurément.

M. Duhrssen s'est rangé à l'avis de l'orateur et a insisté sur l'importance d'empêcher la conception, surtout par une opération, en liant les trompes. Il tient les opérations gynécologiques dans le but d'interrompre la grossesse pour indemnes de danger.

PÉDIATRIE

—

LES CONVULSIONS CHEZ L'ENFANT (1).

Par le Dr Moussous.

I. *Pathogénie.* — Quelle que soit la forme que revêtent les convulsions de l'enfance ou les troubles qui les accompagnent, jamais ces convulsions ne sont autre chose qu'un symptôme ou qu'un syndrome extériorisant une perturbation fonctionnelle ou une altération matérielle des centres nerveux. Limitant son étude aux convulsions dites essentielles, et après avoir longuement énuméré les facteurs pathogéniques susceptibles d'intervenir, et le rôle des divers agents provocateurs de l'accès convulsif (débilité congéni-

(1) VIe Congrès français de médecine.

tale, éclampsie maternelle, gastro-entérite, athrepsie, rachitisme, etc.), M. Moussous conclut que le mécanisme qui préside à l'éclosion des convulsions chez les enfants varie essentiellement d'un cas à l'autre. On n'aperçoit pas la possibilité d'une synthèse d'où se dégagerait une formule unique indiquant ce que cette pathogénie a de spécial, et en quoi elle diffère de la pathogénie des convulsions considérées aux autres périodes de l'existence.

Deux remarques cependant s'imposent. C'est que le système nerveux de l'enfant offre une résistance moindre vis-à-vis de causes nocives de même intensité et de même nature que celles qui peuvent s'attaquer au système nerveux de l'adulte, et qu'il exprime plus souvent sa souffrance en réagissant sous forme de spasmes convulsifs.

Cette vulnérabilité des centres nerveux des enfants du premier âge mérite de fixer au plus haut point l'attention.

Il y aurait cependant exagération à la faire intervenir seule. Les convulsions peuvent prendre naissance sans modification dans l'état anatomique des éléments nerveux, ne serait-ce, au moins, que les convulsions d'ordre réflexe. Pour motiver la fréquence de ces convulsions *sine materia*, on a toujours invoqué l'excitabilité du système nerveux dans le jeune âge et, d'autre part, le manque de pondération exercée par les centres supérieurs sur les centres bulbo-spinaux.

L'hyperexcitabilité est très vraisemblable. Mais, en parlant d'hyperexcitabilité, on exprime une constatation plutôt qu'on ne fournit une explication.

L'influence modératrice que les centres supérieurs jouent vis-à-vis des centres sous-jacents paraît incontestable, mais les difficultés surgissent dès que l'on cherche à préciser comment et dans quelle mesure s'exerce cette influence.

Si discuté et si mal connu que soit encore l'appareil nerveux des réflexes moteurs, tel, par exemple, que celui du tonus musculaire et des réflexes tendineux, on peut cependant affirmer qu'il n'est pas, chez l'enfant qui vient de naître, ce qu'il sera plus tard. D'après ceci, on n'a pas à s'étonner qu'on n'observe pas une égale disposition aux convulsions d'ordre réflexe à tous les âges.

Mais doit-on souscrire à l'opinion de ceux qui ne font jouer à la corticalité qu'un rôle frénateur vis-à-vis des centres bulbo-médullaires, si bien que tout le fonctionnement de ces centres se trouverait modifié et exalté avant l'établissement ou après la suppression de l'action des centres corticaux ? Sans entrer dans le débat, M. Moussous croit toutefois important de faire remarquer que la prétendue spasmodicité de tous les enfants naissants, et surtout des enfants nés avant terme, spasmodicité à laquelle on est forcément obligé de conclure si l'on adopte cette manière de voir, n'est pas aussi démontrée que semblent le dire Bednar, Babinski, Soltmann et Hochsinger. Les affirmations de ces auteurs,

qui prétendent que les nouveau-nés présentent un certain degré de contracture musculaire et une vivacité spéciale du réflexe tendineux, sont loin d'être acceptées par la plupart de ceux qui ont porté leur attention sur ce sujet.

En tout cas, s'il existe des anomalies du côté de la motilité ou de la réflectivité, il ne faut pas se hâter de les attribuer au retard du développement du système cortico-pyramidal, puisqu'on possède aujourd'hui un nombre important d'observations d'anencéphales dont la motilité est absolument correcte, et qui présentent des mouvements impulsifs, réflexes et associés (respiration, cri, déglutition, succion, mouvements de défense), en tout comparables à ceux des enfants normaux.

Dans la période première de l'existence, c'est en définitive l'isolement complet ou relatif des centres bulbo-médullaires qui constitue l'infériorité, et, par là, le danger. L'appareil des réflexes sensitivo-moteurs est encore incomplet. Très correct dans les portions achevées, il suffit en temps ordinaire et s'adapte même merveilleusement aux fonctions qui lui sont dévolues ; mais vient-il de la périphérie une excitation trop intense ou anormale, c'est le désarroi fonctionnel, se traduisant par l'activité folle des muscles de la vie de relation, parfois, au contraire, par l'arrêt brusque, momentané ou définitif, des mouvements respiratoires ou cardiaques.

Mais tous les enfants ne se comportent pas de même dans des circonstances identiques. Les causes déterminantes sont loin d'avoir sur tous une même influence. Il n'est pas de trouble morbide vis-à-vis duquel l'idiosyncrasie s'affirme d'une façon plus éclatante que vis-à-vis des spasmes convulsifs. Il est des nourrissons qui ont des convulsions à tout propos, qui ne peuvent avoir le moindre trouble digestif, le plus petit accès de fièvre, voire subir la moindre impression morale, colère ou peur, sans présenter des accidents éclamptiques. S'il est incontestable que le jeune âge est l'âge des convulsions, la facilité extrême à entrer en convulsion est le triste partage d'une certaine catégorie seulement d'enfants.

II. *Conséquences*. — Une des questions les plus importantes qu'on ait à envisager au sujet de l'éclampsie infantile est celle de l'avenir réservé aux enfants qui ont été atteints de convulsions. Il résulte, en effet, de documents nombreux, que l'on trouve très fréquemment dans les antécédents personnels des épileptiques la mention d'attaques éclamptiques survenues dans les premières années de leur existence.

Quel est le lien qui rattache l'épilepsie aux convulsions de l'enfance ? La réponse est des plus difficiles à formuler.

Certains enfants montrent une tendance très manifeste aux convulsions. Cette *aptitude convulsive* se traduira par la facilité qu'auront les sujets (sujets ordinairement dégénérés) à présenter des

accès épileptiformes à l'occasion de certaines intoxications : intoxications alcoolique, absinthique, urémique, gravidique, ou de certaines infections : fièvre scarlatine, fièvre typhoïde, etc.

Ces épilepsies hétéro-toxiques, auto-toxiques ou infectieuses ont une analogie absolue avec l'éclampsie infantile ordinaire. Il est logique d'admettre que le sujet qui, dans sa première enfance, a présenté cette réaction épileptique facile,continuera, dans le cours de son existence, à présenter cette même réaction épileptique.

Il n'est même pas invraisemblable, comme le laisse à entendre Joffroy, que cette aptitude favorise l'explosion des accès épileptiformes syptomatiques de lésions matérielles des centres nerveux (tumeur, syphilis cérébrale, foyer hémorragique, athérome, etc.).

Une seconde catégorie de faits paraît également très logiquement expliquée. Ce sont ceux où les convulsions infantiles ont été le résultat non d'une simple irritation tout à fait éphémère des centres nerveux, mais où ceux-ci ont eu manifestement à souffrir d'un processus inflammatoire ou dystrophiant, qui a laissé une lésion matérielle définitive, lésion telle que peuvent en provoquer une intoxication intense ou un peu prolongée et surtout une maladie infectieuse. On sait combien sont fréquentes les lésions banales découvertes à l'autopsie de sujets qu'on croyait atteints d'épilepsie idiopathique : épaississement des méninges, foyers d'encéphalite, traces d'hémorragies méningées, etc.

Du reste, si l'on étudie attentivement l'enfant entre la période des convulsions et le début de l'épilepsie, le calme, comme dit Bessière, est plus apparent que réel. Ce sont des enfants qui présentent un état spécial d'irritabilité nerveuse, enclins aux colères violentes, aux hallucinations, aux terreurs nocturnes, parfois même présentant des vertiges et des absences dont la signification est, d'habitude, mal comprise par l'entourage et souvent aussi par le médecin lui-même.

Si la maladie de la première enfance, qui a été accompagnée de convulsions, a produit,en dehors des centres nerveux, des lésions durables de certains organes et, en particulier, de l'estomac, de l'intestin, du foie ou du rein, ces altérations, entraînant pour ces organes un fonctionnement vicieux ou incomplet, pourront très bien servir de trait d'union entre les convulsions du premier âge et l'épilepsie future.

L'essentialité de l'éclampsie des nourrissons et l'essentialité de l'épilepsie, jadis admises sans conteste, possèdent forcément encore des partisans convaincus ; et, bien que chaque jour grandisse le nombre des cas où cette essentialité se trouve manifestement en défaut, on ne peut, dès aujourd'hui, rayer définitivement du cadre nosologique l'éclampsie infantile névrose et l'épilepsie névrose.

Si l'avenir maintient l'essentialité de ces troubles nerveux, devra-t-on fusionner, comme le font certains auteurs, l'éclampsie

de l'enfance et l'épilepsie vulgaire, et les assimiler complètement l'une à l'autre ?

Pour les cas où il y a réellement continuité d'évolution entre la névrose convulsive des premières années et la névrose convulsive qui lui fait suite, revêtant la tournure du mal comitial, cette opinion semble difficile à combattre. La similitude de l'expression clinique dans les deux cas, l'analogie des causes étiologiques, est trop absolue pour qu'on puisse élever contre cette façon de voir des arguments sérieux. Mais cette continuité d'évolution est si exceptionnelle que la légitimité de cette assimilation devient fort suspecte. Un laps de temps plus ou moins long, généralement plusieurs années, s'écoule entre les accès convulsifs de l'enfance et le début de l'épilepsie.

Enfin, si nombre d'épileptiques ont été des convulsifs infantiles, il ne faut pas oublier aussi que beaucoup de sujets ont été, pendant leur enfance enclins à des convulsions fréquentes et inexpliquées, qui ne deviennent jamais épileptiques.

Tout en reconnaissant la succession possible et très fréquente des deux états maladifs, M. Moussous les croit distincts et seulement reliés l'un à l'autre par tous les liens qu'il a successivement énumérés.

Ce n'est, du reste, pas uniquement pour les épileptiques que l'enquête établie sur le passé permet de découvrir des convulsions infantiles ; elle fournit parfois le même résultat pour d'autres névropathes et spécialement pour des hystériques.

Cette découverte ne doit par conséquent peser nullement dans la balance lorsqu'on hésite entre les deux maladies. Tout en reconnaissant que le groupe des convulsifs infantiles fournira surtout des épileptiques, il est certain qu'il fournira aussi des choréiques, des tiqueurs, des déséquilibrés, des neurasthéniques, des vésaniques, etc. Mais ce ne sont là que des éventualités impossibles à prévoir.

De tout temps, on a invoqué les convulsions comme cause de strabisme et on les retrouve très fréquemment indiquées dans les observations récentes de strabisme. C'est peut-être, d'après l'avis de Cabannes, attacher une trop grande importance aux convulsions dans la détermination du strabisme convergent. Il paraît plus vraisemblable de penser que convulsions et strabisme naissent sur des terrains préparés par de pesantes tares nerveuses affectant surtout les ascendants. Les tendances névropathiques du sujet ont, dans l'étiologie du strabisme, une valeur plus grande que les convulsions résultant aussi de ces mêmes tendances.

III. *Traitement.* — Les convulsions se montrant presque toujours chez les enfants comme un incident surajouté à un état pathologique déjà constitué, c'est contre la maladie causale que le médecin aura à lutter. Toutefois, l'incident a, dans l'espèce, un

caractère toujours fâcheux, et on doit s'occuper aussi de la thérapeutique de l'accès convulsif.

Les bains tièdes simples ou de tilleul ont été avec juste raison prônés par le plus grand nombre de médecins d'enfants. Quel que soit l'état pathologique au cours duquel éclatent les convulsions, affections de l'appareil pulmonaire, des reins, fièvre éruptive en préparation ou en évolution, ces bains ne peuvent avoir aucun effet fâcheux. L'action diurétique du bain s'associe avantageusement à son action calmante. On peut y maintenir longtemps l'enfant : une heure, deux heures même.

Les bains frais ou froids peuvent être aussi fort utiles. De même que l'enveloppement dans le drap mouillé, ces bains s'adressent tout particulièrement aux convulsions survenant au cours d'une affection avec fièvre ardente, ou bien lorsque le thermomètre s'élève par trop, du fait d'accès subintrants.

En dehors d'une notable élévation du thermomètre, les bains froids ne semblent pas devoir être préférés aux bains tièdes. Les analogies des frissons et des convulsions d'ordre réflexe sont trop évidentes pour que l'on puisse redouter l'excitation produite sur la peau par un froid brusque.

La réfrigération de la tête paraît un heureux complément de la balnéation. Il faut toujours y avoir recours pendant la durée des bains, soit en plaçant des compresses froides sur le crâne et le front, soit en versant de l'éther goutte à goutte sur la tête de l'enfant. L'application de la glace en permanence semble très rationnelle.

La chloroformisation paraît un des procédés les plus efficaces pour atténuer les attaques éclamptiques ou y mettre fin. Les inhalations ont été quelquefois prolongées fort longtemps, six, vingt-quatre et même soixante heures. La méthode employée doit toujours être des inhalations modérees. Dès que les convulsions reparaissent, on verse quelques gouttes de chloroforme sur un mouchoir et l'on ne fait respirer les vapeurs chloroformiques que mélangées à une certaine quantité d'air. L'éther peut être utilisé comme le chloroforme.

La compression des carotides a été conseillée par Trousseau.

Rien n'autorise à recommander le procédé de Trousseau comme un procédé applicable à tous les cas. L'usage nous renseignera sur ceux où il peut rendre réellement service.

Les émissions sanguines ont été surtout conseillées pour lutter contre la congestion veineuse cérébrale, se traduisant cliniquement par la cyanose de la face, la turgescence des veines.

La saignée trouve encore son indication, si l'on croit les convulsions en rapport avec un état inflammatoire des méninges et surtout dans le cas d'éclampsie urémique.

Le rôle de l'auto-intoxication, dans la genèse des convulsions, légitime bien souvent l'évacuation d'une certaine quantité de

sang. Les analogies si grandes de certains cas d'éclampsie infantile avec l'éclampsie de la grossesse plaident absolument en faveur de cette façon de faire.

Certains médecins appliquent les sangsues au niveau des apophyses mastoïdes. Le pied et la jambe sont les parties les plus convenables pour appliquer les sangsues chez les enfants, car il peut arriver que le sang ne vienne pas assez largement et alors on emploie l'eau chaude pour favoriser la saignée ; s'il venait au contraire trop fort, on serait à portée de l'arrêter avec une bande.

Les injections de sérum artificiel semblent indiquées dans les cas où l'on soupçonne que les convulsions sont dues à une intoxication, à une auto-intoxication ou une toxi-infection ; elles doivent agir en opérant le lavage du sang et en favorisant l'élimination des substances convulsivantes par l'émonctoire rénal. Une contre-indication formelle serait le soupçon de tubercules cérébraux ou de méningite tuberculeuse tenant les convulsions sous leur dépendance.

Les inhalations d'oxygène paraissent formellement indiquées dans plusieurs circonstances : si les convulsions sont produites par anoxhémie, comme dans les sténoses laryngées, la coqueluche la broncho-pneumonie, la maladie bleue, etc., et également aussi quand l'asphyxie devient menaçante du fait même de la répétition des accès qui entravent le jeu de la respiration.

Si les convulsions se prolongent, si l'enfant reste dans le coma, certains pédiatres ont l'habitude de recourir à la révulsion. Cette révulsion est obtenue surtout par les bains sinapisés. Cette question de l'utilité de la révulsion est très discutée.

Comme moyen révulsif sans danger, mais peut-être aussi un peu anodin, Montéuuis conseille l'emploi des bottes mouillées. Toute la jambe est enveloppée dans une serviette bien imprégnée d'eau froide, allongée d'eau de Cologne ou de vinaigre, qu'on entoure ensuite d'une flanelle épaisse.

Dans les cas de spasme de la glotte, au contraire, si l'apnée se prolonge et s'il y a menace d'asphyxie ou de syncope, une révulsion immédiate et énergique s'impose : la flagellation des fesses, l'aspersion d'eau froide à la figure et sur la poitrine. Marfan rappelle la pratique de Vogel, qui consiste à plonger le doigt dans la bouche et toucher l'épiglotte pour provoquer un vomissement et déterminer une inspiration profonde ; mais il conseille surtout les tractions rythmées de la langue, manœuvre qui devra être enseignée aux parents pour parer à un danger subit.

Les médicaments dits antispasmodiques, en vogue autrefois, oxyde de zinc, jusquiame, valériane, etc., sont aujourd'hui complètement délaissés, le musc a subi le même discrédit. Quant à l'opium, très employé en Angleterre, et à l'atropine, recommandée par Steiner, ils paraissent tout à fait dangereux.

Le chloral, le bromure de potassium et l'antipyrine rendent, au

contraire, de réels services. Le chloral est habituellement donné par doses fractionnées, tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures :

Nouveau-nés, de 3 à 5 centigrammes ;
Nourrissons, de 5 à 15 centigrammes ;
De deux à six ans, 20 à 30 centigrammes.

Ces doses, qui ont été dépassées par quelques praticiens, tels que Barthez, Ellis, etc., semblent cependant, pour Picot et d'Espine, et Deseille, devoir être maintenues. Toutefois, si l'on est obligé de recourir à la voie rectale, on peut doubler la dose. J. Simon indique même 50 centigrammes pour un lavement de 60 grammes chez les enfants de trois à six mois.

D'après Le Gendre et Comby, l'administration de ce médicament est tout à fait contre-indiquée dans le cas de cyanose avec asphyxie.

Les bromures, d'une action peut-être moins immédiate, mais tout aussi efficace, sont recommandés par presque tous les pédiatres.

Les bromures et le chloral sont le plus habituellement associés dans le traitement des convulsions infantiles, West et Blachez donnent le bromure le jour et réservent le chloral pour la nuit.

L'antipyrine a été donnée par Montéuuis en lavements, 10 à 20 centigrammes dans 5 à 10 grammes d'eau, dose qu'on peut renouveler deux ou trois fois si nécessaire. On sait que les enfants supportent d'ordinaire fort bien ce médicament ; mais il me semble prudent de n'y avoir recours que si l'on est certain de l'intégrité de l'appareil rénal.

La ponction lombaire de Quincke, pratiquée en vue de fixer le diagnostic si l'on soupçonne une méningite bactérienne ou séreuse, peut devenir un moyen thérapeutique pour lutter contre l'inflammation des méninges et ses conséquences.

La convulsion guérie, l'œuvre du médecin n'est pas terminée. Non seulement il aura à poursuivre le traitement de la maladie qui a provoqué la crise éclamptique, mais il devra comprendre la signification d'un incident nerveux qui indique les tendances morbides du jeune sujet. L'aptitude convulsive s'est démasquée ; tout devra être tenté pour en modérer les progrès.

L'HYGIÈNE DE L'OREILLE DANS L'ENFANCE

(Lermoyez).

Hygiène de l'oreille chez le nourrisson. Oreille externe. L'enfant qui vient de naître a le conduit obstrué par le *vernix caseosa.* Il est indiqué de l'en débarrasser prudemment, car la stagnation de cette matière pourrait provoquer une otite externe. Après quoi, un peu d'ouate sera mise à l'entrée de l'oreille, pour protéger le tympan

contre l'arrivée brusque d'un air trop froid : la brièveté du conduit rend, en effet, la membrane très susceptible à cet âge.

Pendant le *bain quotidien* qu'exige la toilette du nouveau-né, on veillera attentivement à ce que la tête ne plonge pas ; la pénétration dans le conduit de l'eau savonneuse et salie qui a servi à laver le corps, à laquelle se sont mêlées les déjections, risquerait fort de provoquer une otite externe.

Le *lait* est encore plus à craindre que l'eau pour l'oreille. Certaines otites externes tenaces, dues au bacillus lactis aerogenes, ne guérissent que quand on prend des précautions effectives pour empêcher cette pénétration ; souvent, il arrive que l'enfant, couché sur le dos, régurgite un excès de lait, et que le liquide ainsi bavé coule des coins de la bouche vers la conque de l'oreille où il se collecte. Une précaution élémentaire s'impose : c'est de coucher l'enfant sur le côté et de veiller à la propreté de sa tête.

L'excès de propreté peut cependant être nuisible. L'oreille, au début de la vie, sécrète beaucoup moins de cérumen qu'elle ne le fera plus tard : inutile donc de vouloir faire chaque jour une toilette assidue du conduit ; il suffit qu'une fois par semaine celui-ci soit nettoyé avec précaution.

En ce qui concerne le pavillon, il faut se réjouir de la suppression des béguins, bonnets serrés qui aplatissaient le pavillon contre la tête, déformaient ses saillies, et entretenaient dans le sillon rétro-auriculaire, mal aéré, une humidité constante, d'où résultaient des accidents variés ; intertrigo, impétigo et finalement lymphangites et adénites.

Une exception doit être faite à cette interdiction. Les bonnets serrés sont autorisés chez les enfants qui naissent avec des pavillons écartés, dans l'espoir qu'une constriction prolongée ramènera les oreilles à une inclinaison moins disgracieuse, espoir que déjoue d'ailleurs le plus souvent l'élasticité des cartilages auriculaires.

Dans tous les cas, mais dans cette dernière circonstance surtout, une *propreté minutieuse du pavillon* est de rigueur. On s'attachera à toujours tenir propre et sec le sillon rétro-auriculaire. Pour peu qu'il y ait tendance à l'intertrigo, plusieurs fois par jours la toilette de cette région doit être faite ainsi : lavage à l'eau boriquée chaude, séchage avec du coton hydrophile, poudrage avec du talc et non pas avec des corps fermentescibles, tels que l'amidon ou le lycopode.

Oreille moyenne. L'oreille moyenne, chez le fœtus, ne renferme pas d'air. Elle est remplie d'une matière gélatineuse, en majeure partie constituée par un gonflement excessif de la muqueuse de la paroi labyrinthique, et par un liquide exsudé : sa cavité est virtuelle.

Dès les premiers vagissements qui suivent la naissance, l'air expiré force la trompe et pénètre dans la caisse, se substituant à la

masse gélatineuse qui se résorbe. De là résulte, pour la jeune oreille, une activité nutritive intense, qui la rend très susceptible d'être défavorablement influencée par les moindres offenses extérieures. Aussi ne saurait-on trop insister sur les recommandations que voici :

Éviter les mouvements brusques : le papa ne devra pas, dans l'excès de sa joie, faire sauter son rejeton en l'air pour le montrer à ses amis.

Éviter le refroidissement : l'enfant, dès sa sortie de l'utérus, doit être sans tarder enveloppé, baigné, essuyé, habillé.

Surveiller le nez, point capital, car c'est par le nez que l'oreille moyenne doit s'aérer ; c'est par le nez qu'elle peut s'infecter.

S'assurer que la respiration nasale est bien libre et que l'enfant tette facilement, sans être à chaque instant obligé de quitter le sein pour reprendre haleine. Car le coryza est un des plus grands dangers que puisse courir le nouveau-né : par lui, le nez est obstrué, et le défaut de ventilation tubaire entrave la résorption du tissu fœtal de la caisse ; par lui, le nez est infecté, et ainsi s'ensemence l'excellent milieu de culture que renferme l'oreille moyenne. Aussi, *grande fréquence de l'otite moyenne suppurée chez le nourrisson.* A tort, on l'avait crue presque constante, parce qu'à l'autopsie de la grande majorité des petits enfants, on trouve du muco-pus dans la caisse, ce qui, dans la moitié des cas, a été ensuite reconnu comme un phénomène asphyxique ; mais, c'est déjà trop que plus d'un tiers des nourrissons suppurent vraiment de la caisse, surtout si l'on songe aux dangers de cette otite qui demeure le plus souvent latente.

Oreille interne. A partir de l'âge de trois mois, quand le sens de l'ouïe commence à s'éveiller, il sera bon d'*éviter toute excitation sonore violente* capable d'éblouir l'audition.

Une mauvaise habitude des nourrices consiste à battre des mains près de la tête de l'enfant, pour l'amuser, ou encore à lui crier dans l'oreille ; défendez cela.

Défendez également les promenades dans les endroits bruyants, près des gares où sifflent les locomotives, autour des foires où tonnent les trombones, où claquent les tirs. Moins bien partagée que l'œil, l'oreille n'a pas de paupières pour la protéger contre les excitations violentes qui l'offensent.

Hygiène de l'oreille chez les enfants. Oreille externe. Le *pavillon* de l'oreille est une des parties du visage qui contribuent le plus à son esthétique.

Ne pas mettre aux garçons des casquettes trop larges qui s'enfoncent jusqu'aux oreilles et rabattent leurs pavillons en anses de marmites. Et inversement, ne pas couvrir la tête des filles de bonnets serrés qui écrasent les oreilles contre le crâne et aplatissent les pavillons en plats à barbe : inutile de leur fabriquer d'avance

des oreilles de nonne sans savoir si elles en auront plus tard la vocation.

Chez les enfants qui ont hérité de leurs parents des oreilles d'équerre, tâcher d'atténuer la difformité en maintenant pendant la nuit les pavillons bien appliqués contre la tête ; des appareils perfectionnés et coûteux ont été imaginés dans ce but : un simple foulard noué autour de la tête en tient lieu avantageusement.

Protéger en hiver le pavillon contre la gelée, car les engelures laissent parfois à leur suite des encoches très disgracieuses.

Le Dr Lermoyez proteste contre l'habitude de *tirer les oreilles* des enfants ou des écoliers pas sages, et davantage encore contre celle d'appliquer des *gifles sur l'oreille* ; la gifle condense violemment l'air dans le conduit auditif : comme résultat, rupture du tympan, qui cède à la pression exercée sur une de ses faces, hémorragie et peut-être suppuration de la caisse.

L'auteur considère la coutume bizarre des *pendants d'oreille* comme une survivance de notre passé barbare ; si elle tend à disparaître, elle est encore entretenue dans certains milieux par l'idée qu'on guérit les maux d'yeux en perçant les oreilles.

Si le médecin ne peut empêcher cette pratique, il demandera au moins que la cérémonie n'ait pas lieu avant l'âge de quinze ans, et qu'elle se passe dans le cabinet d'un médecin plutôt que dans l'arrière-boutique d'un horloger.

Mais où le médecin devra faire acte d'opposition, c'est chez les enfants lymphatiques, aux cheveux paille, aux chairs claires et molles, pour qui le traumatisme du lobule peut être le point de départ de dermatoses ou de lymphangites tenaces. Or, on aura d'autant plus à lutter dans ce cas contre la famille, que ces enfants ont souvent des blépharites chroniques que doit justement guérir un anneau d'or pendu « à l'oreille ».

Comment faut-il nettoyer les oreilles des enfants ? Bien que les amas de cérumen soient rares dans l'enfance, il faut cependant ménager le conduit.

Pour cela, proscrire d'abord le cure-oreilles en métal, os ou écaille : il peut blesser le tympan en une échappée maladroite ; et même quand il ne gratte que l'entrée du conduit, il est dangereux, car il en peut érailler les parois et faire éclore des furoncles.

Déconseiller également la manœuvre, si fort en honneur dans la corporation des bonnes d'enfants, de ramoner le conduit en le tire-bouchonnant avec le coin tortillé d'une serviette : c'est là un mouvement d'enfoncement plutôt que d'extraction, qui n'a d'autre effet que d'entasser le cérumen vers la profondeur et de favoriser son accumulation ; même on peut ainsi, par le brusque déplacement d'un amas de cire poussé contre le tympan, faire naître des accidents subits.

Même proscription pour les petites éponges montées sur tige d'ivoire, élégamment présentées sur des cartons roses. Ces préten-

dus lave-oreilles sont des refouleurs de cérumen, ni plus ni moins que les coins des serviettes, et, en outre,ils ont ce désavantage de devenir rapidement gras et sales,et d'être une menace quotidienne d'infection pour le conduit.

De plus, ne pas irriguer chaque jour les conduits avec de l'eau tiède, ce qui amènerait une macération du tympan et altérerait à la longue cette membrane.

Comment donc faire ? Enrouler un peu d'ouate sur le bout d'une allumette, mais d'ouate hydrophile propre et non point de coton sale et usagé. telles les vieilles doublures de paletots réformés, qui gardent au fond de leurs armoires les ménagères économes. Et pour mieux dissoudre le cérumen, imbiber ce porte-coton de quelques gouttes d'eau de Cologne, ou mieux d'essence minérale : avec cet instrument inoffensif. frotter doucement l'entrée des conduits. Craindre surtout les huiles végétales, qui font de l'oreille un excellent terrain de culture pour les moississures.

Oreille moyenne. Le point capital est de *s'occuper de la respiration nasale* ; c'est une nécessité vitale que tout enfant respire librement par le nez ; nez bouché dans l'enfance sera oreille bouchée dans l'âge mûr. A cet égard, il faudrait imiter l'exemple que nous donne l'Allemagne ; là par ordre supérieur, l'instituteur est tenu, quand il constate qu'un de ses écoliers a la bouche constamment ouverte d'avertir les parents du danger que présente cet état de choses pour l'avenir de l'oreille, et de les éclairer sur la possibilité d'y remédier aisément par un traitement approprié.

Le Dr Lermoyez voudrait même qu'on refusât impitoyablement l'entrée des écoles à toutes les bouches béantes,ce qui aurait pour résultat de diminuer plus tard le nombre des conscrits réformés pour surdité.

Pour sauvegarder les oreilles, il faut également *assurer la propreté de la bouche*, car les infections buccales peuvent coloniser le naso-pharynx et pénétrer la trompe.

On apprendra de très bonne heure aux enfants à se nettoyer la bouche et à se brosser les dents ; et cette toilette doit être faite chaque matin et surtout chaque soir, car les soins de bouche sont encore plus utiles avant le coucher qu'après le lever. Dans le jour, en effet, les fermentations buccales sont entravées par l'aération et les mouvements de la bouche qui résultent de la parole ; la nuit, au contraire, l'immobilité et l'occlusion de cette cavité favorisent au mieux la pullulation des bactéries.

Enfin, dans toutes les *maladies aiguës* de l'enfance et surtout au cours de fièvres éruptives, il sera indispensable que l'oreille soit examinée au spéculum. (*Presse médicale.*)

FORMULAIRE

—

Traitement des oxyures et de la dysenterie par la naphtaline.

(MINERAI.)

L'auteur conseille des suppositoires préparés d'après la formule suivante :

Beurre de cacao.. } àà 10 grammes.
Naphtaline....... }

Lorsque les ulcérations siègent plus haut que la partie du gros intestin justiciable des suppositoires, l'auteur a recouru aux lavements huileux :

Huile d'olive... 20 grammes.
Naphtaline..... 5 —

Au début de la dysenterie, grâce au ténesme, les lavements ne peuvent guère être gardés plus d'une demi-heure. Ils devront alors être répétés trois ou quatre fois en vingt-quatre heures.

Ultérieurement, les malades arrivent peu à peu à garder ces lavements pendant cinq ou six heures et même à les absorber. Ils présentent en outre l'avantage de ne pas provoquer de constipation.

Rossbach emploie la naphtaline sous la forme suivante, que l'auteur considère comme inférieure à la méthode qu'il conseille :

Eau bouillante...... 100 grammes.
Naphtaline.......... 0 gr.05 cent.
Décoction de guimauve.......... 500 grammes.

Pour un lavement à injecter à la température de 37°.

Le traitement est évidemment contre-indiqué dans les cas, rares d'ailleurs, où il existe des ulcérations dans l'intestin grêle.

L'auteur a appliqué la même méthode au traitement des oxyures. Onze enfants, infectés par ces parasites, ont été guéris ainsi en moins de huit jours. La formule employée était la suivante :

Naphtaline. 1 gr. à 1 gr. 50 centig.
Huile d'olive...... 40 gr. à 60 grammes.

Pour un lavement.

Chez l'adulte, il faut employer des doses plus fortes :

Naphtaline...... 5 à 6 grammes.
Huile d'olive.... 60 à 80 —

Pour un lavement.

Contre la coqueluche.

(EBRARD).

Eau distillée........... 120 gr.
Hydrate de chloral...... 2 —
Teinture de belladone.. LX gtt.

M.

Une cuiller à café toutes les heures dans du lait.

Sirop de dentition

(COMBE)

Baume de tolu...............	1 gr.
Safran.......................	1
Borate de soude..............	1 25
Vanilline....................	0 10
Codéine......................	0 05
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 15
Sirop de miel................	40
Glycérine....................	210

M. S. A.

Une cuillerée à café matin et soir contre la dentition douloureuse des enfants.

Le Kamala comme tænifuge

Poudre fine cramoisie d'une euphorbiacée de l'Inde, venant des glandes qui entourent les fruits de l'*Echinus phillippinensis*. Inodore, insipide, à peine sol.

Ténifuge.

Prép. — 6 à 22 gr., poud.

Teint. à 1/5, 4 à 8 gr.

Poud. de kamala............	6 à 12
Pulpe de tamarin...........	30 à 40
Suc de citron..............	q.s.

Elect. ténifuge (Du Plessis).

En une fois le matin.

Teint. de kamala................	20
Eau aromatique..................	120
Sp. d'éc. d'oranges.............	20

Pot. tænifuge (Davaine) en 4 fois d'heure en heure.

Clermont (Oise). — Imp. Daix frères.

OBSTÉTRIQUE

—

Quatre cas de putréfaction fœtale intra-utérine compliquée de physométrie.

Par E. Paquy.

La putréfaction fœtale intra-utérine est une des complications les plus terribles qui puissent se produire au cours de la grossesse et de l'accouchement. On sait qu'elle ne peut survenir que lorsque l'œuf est ouvert : tant que les membranes sont intactes le fœtus mort se macère, mais ne se putréfie pas. Viennent-elles à se rompre, le corps du fœtus se trouve dans un milieu chaud et humide, où l'air atmosphérique a accès, excellentes conditions pour que la putréfaction se produise rapidement. Celle-ci débute généralement au bout de cinq à six heures ; dans certains cas on l'a vue apparaître au bout de 2 ou 3 jours ; dans d'autres au contraire le fœtus était encore intact 15, 18 heures après sa mort.

La putréfaction fœtale amène rapidement l'infiltration des tissus par des gaz, d'où augmentation de volume du tronc du fœtus et ballonnement du ventre par ces mêmes gaz qui remplissent le tube digestif et la cavité abdominale. Cette augmentation de volume du cadavre fœtal peut être considérable « le fœtus forme un véritable ballon, absolument méconnaissable au toucher ». (Lucas-Championnière). De plus, les tissus envahis par cet œdème séro-gazeux deviennent extrêmement friables et se déchirent à la moindre traction.

Les gaz n'envahissent pas seulement le corps du fœtus, ils peuvent s'accumuler dans l'œuf au-dessus du liquide amniotique, distendant l'utérus qui peut acquérir des dimensions énormes. On dit alors qu'il y a physométrie.

L'état général de la femme devient rapidement mauvais : la température monte rapidement, elle atteint quelquefois 40,41 degrés. Dans d'autres cas, au contraire, et ceci est d'un mauvais pronostic, elle descend au-dessous de la normale. Le pouls, lui, est toujours accéléré, il atteint 120, 140. Le visage est grippé, cyanosé, la langue sèche. On observe des frissons, du délire.

Presque toujours les contractions utérines diminuent, elles s'espacent et finissent même par cesser presque complètement. Le muscle utérin est paralysé par les gaz et les liquides septiques, qui se trouvent dans sa cavité. Dans certains cas, la paroi utérine est dure, tétanisée.

Il s'écoule des organes génitaux un liquide noirâtre, extrêmement fétide. Pendant la contraction utérine ou à la suite de l'introduction de la main ou d'un instrument quelconque dans la cavité de la matrice, ce liquide s'échappe mélangé de gaz avec un bruit particulier.

La hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse est plus con-

sidérable qu'elle ne devrait l'être et la percussion au niveau du fond de l'organe dénote une zone sonore, indice de la présence de gaz dans la cavité utérine.

Le palper est souvent rendu difficile par les déformations subies par le fœtus du fait de l'infiltration séro-gazeuse, et par l'état de tétanisation habituelle du muscle utérin. L'auscultation permet de constater que nulle part on n'entend les bruits du cœur fœtal.

Quelle sera la conduite de l'accoucheur en présence d'une pareille complication ?

Il devra vider l'utérus le plus rapidement possible, car les accidents septiques marchent avec une rapidité foudroyante et la parturiente est presque fatalement condamnée à mort, si on n'intervient pas immédiatement. Quant au manuel opératoire, il variera avec chaque cas et il est impossible ici de décrire tous les procédés auxquels on pourra avoir recours.

Disons, en terminant ce court résumé, que la putréfaction fœtale ne survient que chez des femmes qui n'ont pas été surveillées au cours de la grossesse ou du travail, ou chez lesquelles un accoucheur ignorant a tenté une manœuvre intempestive. C'est un accident qu'il est toujours possible d'éviter.

Ceci dit, je vous demanderai la permission de vous lire quatre observations de putréfaction fœtale compliquée de physométrie.

Observation Ire. — *Putréfaction fœtale ; physométrie.*

Le 8 décembre 1897, entre à la clinique Baudelocque la femme B... Elle est âgée de 41 ans, primipare, sourde-muette. On ne sait depuis quand elle est en travail. Ses voisins ne l'ayant pas vue sortir depuis plusieurs jours, ont pénétré chez elle et l'ont trouvée couchée, se plaignant beaucoup et paraissant fort malade. Ils l'ont transportée immédiatement à la clinique Baudelocque.

Cette femme exhale une odeur repoussante; il s'écoule par ses organes génitaux un liquide de couleur noirâtre, extrêmement fétide. Le palper est impossible tant les parois abdominales sont épaisses ; il existe en outre de l'œdème de la région sus-pubienne. Le fond de l'utérus se trouve à 45 centimètres du bord supérieur du pubis, il est rejeté à droite, atteint la face inférieure du foie. A ce niveau, fond de l'utérus, on voit une voussure très nette, et on constate de la sonorité à la percussion : Il y a donc là accumulation de gaz, qui distendent la partie supérieure de la matrice. L'auscultation fœtale est négative ; les mamelons laissent sourdre à la pression quelques gouttes de lait. Par le toucher, on constate que la tête fœtale est au niveau de l'orifice vulvaire, les membranes sont rompues.

La température axillaire n'est que de 37°, mais le pouls bat 124 pulsations à la minute.

La femme étant mise dans la position obstétricale et chloro-

formée après désinfection aussi complète que possible de la vulve et du vagin, on saisit l'occiput du fœtus entre les deux branches d'une forte pince à mors : mais à la première traction le cuir chevelu et le pariétal gauche se détachent. On saisit alors, avec la même pince la portion basilaire de l'occipital et on extrait facilement ce qui reste de la tête. On abaisse le bras antérieur, les épaules sont dégagées et le tronc est extrait sans difficulté.

Aussitôt après la sortie du fœtus, il s'échappe de la cavité utérine une certaine quantité de gaz horriblement fétides.

Délivrance artificielle immédiate.

Aussitôt après la délivrance, l'utérus ne se rétractant pas, il survient une hémorrhagie assez abondante dont on vient facilement à bout à l'aide d'une injection intra-utérine chaude et prolongée.

On constate des escharres au niveau de la paroi postérieure du vagin. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Aussitôt après l'opération, qui a duré 20 minutes, on constate que la température de l'accouchée est de 37°, pouls à 130. Le fœtus pèse 1300 gr., le placenta 360 gr. A 2 heures de l'après-midi, frisson violent durant 25 minutes, température reste à 39°7, pouls 120.

Le 9 au matin, température 37°, on enlève le tampon vaginal. Injection vaginale prolongée au biiodure de mercure. A diverses reprises, on fait des injections dans le courant de la journée. Le soir, T. 39°4. P. 132, on fait une injection intra-utérine, le liquide de l'injection revient très sale et très fétide. Cette injection est difficile à faire : le col utérin est très élevé, l'utérus est mou, impossible à délimiter. Il faut, la femme étant en travers du lit, introduire toute la main dans le vagin pour placer la canule dans l'utérus.

On injecte 40 gr. de sérum antistreptococcique.

A 9 heures du soir : T. 38°7, P. 104, pas de sommeil pendant la nuit.

Le 10 décembre : matin, T. 38°8, P. 128. Injection intra-utérine, liquide fétide, eau sale. Contraction utérine faible pendant l'injection. A 11 heures, 30 gr. de sérum antistreptococcique. A midi, injection intra-utérine, l'utérus se contracte mieux mais rarement. A 5 heures du soir, T. 39°2 : P. 136. Injection intra-utérine prolongée fétidité toujours aussi grande.

Le 11 décembre : T. 39°4. Injection utérine, moins de fétidité — 20 gr. de sérum antistreptococcique et 500 gr. de sérum salin — à 3 heures du soir nouvelle injection, moins de fétidité—à 5 h. 30 T. 39°6 — 450 gr. de sérum salin. La malade s'alimente peu, n'accepte que du lait teinté d'un peu de café (2 litres par 24 heures). Plusieurs lavements et de l'huile de ricin sont administrés dans la journée. Ventre ballonné, une seule garde-robe peu abondante. La malade éprouve quelques douleurs au niveau des parties latérales de l'utérus.

Petits frissons pendant l'injection intra-utérine.

A 9 heures, nouvelle injection, un peu moins de fétidité et moins de débris. La malade est agitée et se plaint.

Le 12 au matin : T. 39°7. Injection utérine, moins de fétidité l'utérus se contracte peu. T ranspiration abondante.

A 11 h. 30, on pratique le curettage sous le chloroforme. Nombreux débris. L'utérus saigne un peu, puis se rétracte, on le draine à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée, 500 gr. de sérum salin à midi et à 5 heures du soir. Température 38°.

Le 13, température 38°3 — A 7 heures du soir on enlève le tampon vaginal. Température 39°4, injection intra-utérine.

Le 14 matin. Mauvais état général, température 39°6. On soumet la femme à l'irrigation continue mais la température ne descend pas. A 3 h. 30, la malade se plaint d'une dyspnée intense. Elle expulse des crachats hémoptoïques. Cet état persiste pendant toute la journée du 15 ; le soir, le pouls est incomptable, la malade entre dans le coma ; elle meurt le 16 à 1 h. 30 du soir.

Autopsie pratiquée 26 heures après la mort :

Utérus : La cavité utérine est propre, on voit quelques rugosités au niveau de la surface d'insertion placentaire. Pas de pus à la coupe.

Trompes et ovaires : Sains.

Vessie : Une cuillerée à soupe de liquide noirâtre.

Reins : Surface externe couverte d'arborisations vasculaires.

A la coupe, congestion très intense. Substance corticale blanchâtre par places.

Poumons : Congestionnés. Pas d'embolie. Adhérences pleurales à droite et en arrière. Pas d'adhérences à gauche.

Cœur : Normal.

Rate : Un peu athéromateuse.

Foie : Jaunâtre, graisseux.

L'examen bactériologique permet de constater, dans les principaux viscères, la présence de streptocoques, associés à différents microbes.

Observation II. — *Putréfaction fœtale. Physométrie. Embryotomie*.

Le 15 octobre 1899, je fus appelé par le Dr Chanson auprès d'une parturiente de 30 ans, tertipare.

Cette femme, au terme de sa grossesse, était entrée en travail le vendredi 13 octobre à 10 heures du soir. Le samedi 14, à 4 heures du matin, un confrère tenta une application de forceps, mais ne put introduire que la première branche.

Au cours de ces manœuvres, il se produisit une procidence du cordon qui ne put être réduite et détermina la mort du fœtus.

La journée du 14, la nuit du 14 au 15, la matinée du 15, se passèrent sans que l'accouchement se produisît, l'état général de la

femme s'aggravant, son mari s'adressa au Dr Chanson qui, jugeant qu'une intervention était nécessaire me fit demander.

J'arrivai auprès de la parturiente à 9 heures du soir, je me trouvai en face d'une femme absolument épuisée, présentant de temps en temps un peu de délire, la langue sèche, le pouls à 140 et la température axillaire montant à 40°5. Le ventre était considérablement distendu par l'utérus qui présentait des dimensions anormales, 41 cent. de hauteur. Tympanie à la partie supérieure de la cavité utérine.

Impossible de palper. Il s'écoule par les voies génitales un liquide peu infecté. Par le toucher, on constate qu'il y a dans le vagin une anse de cordon à travers lequel on ne sent plus de battements. La dilatation est complète. La partie fœtale qui se présente est la tête, arrêtée au détroit supérieur dans une position intermédiaire à la flexion et à la déflexion.

A 11 heures du soir, après chloroformisation, on pratique une basiotripsie, mais dès qu'on voulut tirer sur la tête pour extraire le fœtus, le cou se déchira et la tête put seule être extraite. On abaissa alors les deux bras et à l'aide de tractions on essaya d'engager le thorax ; les deux bras se déchirent à leur tour. On pratique une version podalique sur la cuisse droite qui cède, puis sur la cuisse gauche qui cède à son tour. Mais ces différentes manœuvres extrêmement pénibles, engagent un peu le siège et permettent de constater que l'abdomen du fœtus est considérablement distendu ; on le ponctionne à l'aide du perforateur du basiotribe et il s'écoule une certaine quantité de liquide et de gaz. Le siège est saisi entre les branches du basiotribe et il descend petit à petit dans l'excavation. L'instrument glisse trois fois, trois fois il est réappliqué et à minuit 10, après 1 heure 10 d'un travail horriblement pénible pour l'accoucheur le tronc du fœtus est enfin extrait. Derrière lui il s'écoule du liquide et du gaz, qui sort en gargouillant. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine. Suites de couches normales. La malade se lève le 20e jour.

Observation III.—*Hydrocéphalie. Putréfaction fœtale. Physométrie.*

La nommée B. C..., 18 ans, entre à la clinique Baudelocque le 13 février 1900. Elle a eu ses dernières règles du 7 au 10 juin.

Le père de l'enfant est absinthique.

La grossesse semblait évoluer normalement lorsque, le 10 février 1900, à 8 h. du matin, les membranes se rompent. Pas de contractions utérines douloureuses. Depuis, les mouvements actifs du fœtus ont cessé ; le 12 février dans la soirée, contractions douloureuses, frissons. Elévation de température. Un médecin appelé fit transporter la femme à Baudelocque où elle arriva à 6 heures du soir le 13 février.

Nous l'examinons à 9 heures du soir :

Pouls 112. Température 39°2. Ce qui frappe tout d'abord, c'est le développement exagéré de l'utérus qui mesure 35 cent. ne correspondant pas à l'âge de la grossesse. L'utérus tétanisé rend le palper fort difficile ; on sent cependant un plan résistant à droite, en bas une partie fœtale volumineuse, mais on ne peut dire si c'est le siège ou la tête. Au fond de l'utérus, on ne perçoit pas le sillon du cou ; en percutant à ce niveau, on obtient une sonorité manifeste. Auscultation fœtale négative. Il s'écoule de la vulve un liquide très fétide. Au toucher : excavation vide. Col dilatable comme une pièce de 2 francs, orifice infiltré. Le doigt arrive sur un pariétal. Poursuivant l'exploration, on atteint un large espace membraneux, qui donne une sensation de tension très nette ; on ne peut atteindre le bord interne de l'autre pariétal.

A gauche, les deux bords de l'espace membraneux se rapprochent et constituent la suture dite frontale. A droite, on sent la pointe de l'occipital. Le diagnostic porté est le suivant : rétention d'un fœtus hydrocéphale putréfié. Physométrie.

A 9 h. 30, on commence à endormir la femme, à 9 h. 45 on introduit 2 doigts dans l'orifice utérin, puis 3, puis 4, de façon à porter la dilatation jusqu'à la dimension d'une petite paume. A l'aide d'un long trocart on ponctionne la tête au niveau de l'espace membraneux. Aussitôt s'écoule 1200 cent. cubes de liquide citrin. On saisit le pariétal droit à l'aide d'une pince à kyste, et on attire petit à petit la tête à la vulve : le pariétal est arraché. L'occipital saisi donne une prise plus solide et la nuque est bientôt sous la smyphyse. On introduit la main droite dans le vagin, un doigt dans la bouche du fœtus permet l'extraction aisée de la tête. Dégagement du tronc facile. Le fœtus est extrait à 10 h. du soir. Derrière le fœtus il s'écoule une certaine quantité de liquide purée de pois, mélangé de gaz fétides. Délivrance artificielle. Injections intra-utérines.

La température oscilla entre 37 et 38° jusqusqu'au 6e jour et à partir de ce moment elle tomba à la normale, et la malade quitta le service le 20e jour.

Observation IV. — *Putréfaction fœtale. Physométrie. Opération de Porro.*

La femme K.., arrive à la clinique Baudelocque le 17 mars 1901 à 2 heures du matin.

C'est une secondipare de 30 ans, accouchée la première fois en 1893 en Russie. Le travail aurait duré 5 jours et se serait terminé par l'expulsion d'un enfant mort paraît-il depuis deux jours. Quarante-huit heures après l'accouchement cette femme aurait eu des accès éclamptiques.

La grossesse actuelle date du mois d'août 1900. Elle aurait évolué sans incident jusqu'au 10 mars, date à laquelle les membranes

se seraient rompues spontanément. A la suite de cette rupture prématurée. la patiente aurait ressenti des contractions utérines, d'abord espacées pendant les deux premiers jours, puis intenses et irrégulières. L'accouchement n'ayant pas lieu on se décide au bout de 7 jours à transporter cette femme à la clinique Baudelocque.

A son entrée on fit les constatations suivantes :

Température 38°. Pouls 114.

Le liquide qui s'écoule par les organes génitaux est absolument infect.

L'utérus remonte à 27 centim. au-dessus de la symphyse.

Par le palper on constate que la tête fœtale est en bas, non engagée en aucun point de l'utérus on n'entend pas les bruits du cœur.

Par le toucher on arrive sur le col réduit à un petit moignon cicatriciel, dur, à ouverture punctiforme, dans laquelle il est impossible d'introduire le doigt.

Après désinfection on introduit dans le vagin une mèche de gaze iodoformée. Les contractions utérines sont très faibles et très espacées pendant la matinée du 17. A 2 heures de l'après-midi l'état général de la femme paraît plus mauvais que le matin. Le facies est grippé. La température est descendue à 36°3 tandis que le pouls est à 140°. La percussion permet de constater de la sonorité au niveau du fond de l'utérus.

Etant donné : la mort du fœtus, l'état du pouls et de la température, la présence de gaz dans la cavité utérine, nous pensâmes qu'il fallait intervenir le plus rapidement possible.

Par quelle voie ?

Le col, nous l'avons dit, était réduit à un moignon cicatriciel, dur à ouverture punctiforme. Il eût été dangereux d'essayer de le dilater artificiellement, soit à l'aide des doigts, soit en introduisant un instrument dilatateur quelconque : c'eût été courir fatalement au-devant d'une rupture utérine.

Restait la voie abdominale.

Etant donné l'état d'infection de l'utérus, il ne fallait pas songer à pratiquer l'opération césarienne conservatrice. L'hystérectomie abdominale totale, d'autre part, nous parut dangereuse, car elle nécessitait l'ouverture du vagin infecté. Restait l'amputation utéro-ovarienne de Porro, c'est à elle que nous eûmes recours, mais en modifiant un peu son manuel opératoire.

Début de l'opération à 4 h.30. Incision de l'ombilic au pubis. Le ventre ouvert, on fait basculer l'utérus et on le sort de la cavité abdominale. On place une broche au-dessous de la tête fœtale puis un lien élastique au-dessous de la broche. Ceci fait, on ferme immédiatement le péritoine à l'aide d'un surjet au catgut puis la paroi abdominale à l'aide de crins de Florence. Immédiatement au-dessus de l'utérus, on passe un fil d'argent à travers la paroi abdo-

minale et la paroi postérieure de l'utérus, au-dessous du lien élastique.

On ampute alors l'utérus. Il s'échappe de l'utérus un liquide vert foncé, infecté, mêlé de gaz fétides qui sortent en gargouillant. C'est pour éviter la pénétration possible de ce liquide dans la cavité abdominale que nous avons fermé la paroi avant d'ouvrir l'utérus. Après avoir amputé l'utérus, on fixe le moignon à la peau à l'aide de trois fils de soie de chaque côté. Pansement à la gaze stérilisée. Durée de l'opération 40 minutes.

Le fœtus, absolument putréfié pesait 1.700 gr.

Les suites opératoires furent normales ; le pédicule tomba le 9e jour, c'est-à-dire le 26. Le 28, on enleva les fils. La malade se leva le 9 avril et quitta le service en bon état le 16 avril 1901.

Quelques considérations nous paraissent découler de la lecture de ces quatre observations.

Un point sur lequel je désirerais attirer tout d'abord l'attention, c'est que chez deux des femmes que j'ai opérées la température, au moment où je les ai examinées ne dépassait pas la normale. Il y avait plutôt hypothermie puisque, dans un cas (obs. I), elle atteignait 37° et que dans l'autre (obs. IV) elle était descendue à 36°3. Il semble donc que la température, très élevée pendant le début des premières heures qui suivent le début de le putréfaction est descendue progressivement au bout d'un certain temps. Ces deux femmes étaient en travail depuis plusieurs jours. Chez les deux autres, au contraire, observation II et III, chez lesquelles la température atteignait 40°5 et 39°2, il s'était écoulé 48 heures environ entre la mort du fœtus et le moment où nous les vîmes pour la première fois. En pareil cas l'hypothermie nous paraît due à une intoxication profonde du système nerveux et comporte un pronostic défavorable.

Par contre, chez toutes nos malades, le pouls était rapide, toujours au-dessus de 109. Il battait 124 dans le premier cas, 140 dans le second, 112 dans le troisième et enfin 114 dans le quatrième. Il y a là un symptôme clinique extrêmement important. Suivant ce qu'on observe communément au cours du travail de l'accouchement, l'état du pouls donne ici des renseignements beaucoup plus précis que celui de la température. Tous les accoucheurs en effet connaissent ce principe : chaque fois que le pouls dépasse 100 d'une façon permanente, chez une femme enceinte ou une parturiente, il se passe quelque chose d'anormal qui vient assombrir le pronostic de la grossesse ou de l'accouchement.

Dans les quatre cas dont nous venons de rapporter l'histoire, nous avons pu observer une cause de dystocie particulière à la putréfaction fœtale : nous voulons parler du manque de tonicité de l'utérus, sur laquelle mon maître, le professeur Pinard, a insisté depuis longtemps. Cet état flasque, cette paralysie de la fibre uté-

rine, produite par les liquides et les gaz septiques est une cause de dystocie par insuffisance de contraction.

Les contractions utérines n'étaient plus assez puissantes pour expulser le produit de conception. De plus ce défaut de tonicité du muscle utérin était si marqué chez la femme qui fait l'objet de l'observation I qu'il y eût, lors de la délivrance, une hémorrhagie assez abondante mais dont on vint facilement à bout à l'aide d'une injection intra-utérine à 50 degrés.

Une autre cause de dystocie, était due, dans l'observation II, à l'augmentation considérable du tronc et de l'abdomen du fœtus par suite de l'œdème séro-gazeux. Excès de volume du fœtus d'une part, insuffisance de contraction de l'utérus de l'autre, sont les deux facteurs qui rendent presqu'impossible l'expulsion spontanée du produit de conception.

A ces complications classiques de la putréfaction fœtale intra-utérine sont venues s'en ajouter deux autres. Dans l'observation III nous avions affaire à un cas d'hydrocéphalie et nous dûmes, avant toute intervention, évacuer le liquide contenu dans la cavité crânienne du fœtus. La femme qui fait l'objet de l'observation IV est encore plus intéressante puisqu'ici nous nous sommes trouvé en présence d'un col impossible à dilater par suite du tissu cicatriciel inextensible dont il était composé. Cet état cicatriciel du col pouvait être chez cette femme la cause d'une rupture utérine, si on avait tenté des manœuvres de dilatation. C'est ce qui nous a fait préférer la voie abdominale et nous a forcé à pratiquer l'amputation utéro-ovarienne.

Nous ne nous étendrons pas sur le traitement de la putréfaction fœtale. Comme nous l'avons dit, c'est un accident qui ne peut se produire que chez une femme non surveillée. Un accoucheur devra toujours mettre sa parturiente à l'abri de cette terrible complication en intervenant le plus rapidement possible après la mort du fœtus dans un œuf ouvert. Quant au manuel opératoire, il variera avec chaque cas, c'est à l'accoucheur à choisir la technique appropriée. Mais quelque soit le procédé employé, l'opérateur devra se rappeler qu'au cours de son intervention va apparaître une nouvelle difficulté. Les tissus d'un fœtus putréfié sont extrêmement fragiles, ils se déchirent avec la plus grande facilité, et c'est souvent à l'aide d'un véritable morcellement du produit de conception qu'il parviendra à vider l'utérus.

REVUE CRITIQUE

OBSTÉTRIQUE LAPAROTOMIQUE.

Par deux fois successives, à un mois de distance, dans la même société, la Société médico-chirurgicale de Paris, je viens d'être amené à prendre la parole. La première fois, il s'agissait du traitement systématique de la rupture utérine par l'incision abdominale suivie de tomie ou ectomie utérine ; la seconde fois, au sujet de la réduction de l'utérus gravide rétrodévié et incarcéré au moyen de la laparotomie agrémentée de la fixation par inter-suture d'une anse des ligaments ronds au travers et en avant de la gaine des muscles droits.

Pour ce qui est de la rupture de l'utérus, en effet, hormis les cas extrêmes où l'indication vitale se pose et où dès lors les mesures extrêmes s'imposent, on sait que la guérison est quelque fois spontanée. La statistique de l'opération systématique donne par contre plus de cinquante pour cent de morts.

Ici donc, comme dans l'appendicite, pas de système, s'il vous plaît, mais de la prudence, de la fermeté dans l'intervention ; en somme, il faut agir selon les indications, d'après sa conscience et sans parti pris.

La rétroversion avec incarcération de l'utérus gravide est dangereuse surtout par les symptômes vésicaux (rétention, d'urine, gangrène de la vessie), qu'elle détermine. Très habituellement et on doit insister sur ce point, la réduction peut se faire par l'antéreposition de la matrice, grâce à la main introduite dans le vagin sous l'anesthésie chloroformique.

Le chloroforme, on le sait, est en effet, merveilleusement supporté par la femme enceinte ; il éteint les spasmes musculaires et ligamenteux. Il est ordinaire, ainsi que l'a établi Tarnier, de voir, sous cette action combinée, se replacer facilement des déviations utérines serrées et incarcérées même d'origine fibromateuse, gravidique dont la réduction à première vue pouvait paraître invraisemblable.

L'opération sanglante doit être ici la très rare exception, après l'emploi et l'insuccès du toucher sous la narcose.

En réalité, il faut bien le reconnaître, la chirurgie sanglante tend présentement à déborder l'ancienne obstétrique prudente et patiente. Il semble cependant que ce n'est pas le moment.

En effet, après une période trentenaire extrêmementbrillante, grâce à l'anesthésie supprimant la défense naturelle du patient, grâce à l'hémostasie et à l'antisepsie ou asepsie assurant presque le succès opératoire, le chirurgien est devenu sans doute excessif, car la mode s'en détourne, le public se méfie singuliè-

rement, il commence même, dit-on, à s'assurer en vue des opérations chirurgicales.

Nous allons apparemment entrer dans une période nouvelle, plus rassise, moins laparotomique — je parle pour la ville, car à l'hôpital le point de vue est différent, — plus dichotomique encore. Il ne semble donc pas temps que les accoucheurs français se laissent entraîner, par jouissance ou esbrouffe de l'opération, à la tomomanie ni au sadisme du bistouri.

Paul Berthod.

GYNÉCOLOGIE

Absence congénitale du vagin. Ligature en bourse appliquée à une large perforation de la première portion du rectum produite pendant la création d'un vagin artificiel ;

Par M. E. Ozenne,
Chirurgien de Saint-Lazare.

Les cas d'absence congénitale du vagin et les perforations de la première portion du rectum, au cours de la création d'un vagin artificiel, étant assez rares, j'ai cru utile de vous communiquer l'observation suivante, dont je reproduis entre guillemets, avec l'autorisation du médecin qui a donné les premiers soins, la première partie, telle qu'il me l'a remise.

« Mme B..., âgée de 24 ans, sans antécédents morbides ni héré« ditaires, est de taille au-dessus de la moyenne et présente à la « vue les caractères physiques d'une femme bien constituée.

« Elle n'a jamais été réglée, et jamais, affirme-t-elle, elle n'a « éprouvé le moindre symptôme abdominal rappelant les phéno« mènes du molimen menstruel. Pas de congestion mammaire pé« riodique. Santé générale excellente.

« Elle est mariée depuis 4 ans. Désireuse d'avoir un enfant, elle « vient nous demander à suivre un traitement par le massage ou « l'électricité, qu'on lui a recommandé pour faire venir les règles.

« *Etat actuel* (28 février 1899) : Bassin large ; poils abondants sur « le mont de Vénus ; bonne conformation des grandes et des petites « lèvres ; clitoris bien développé au-dessous du méat, qui n'a pas « subi d'injures, fente vulvaire trompeuse, car l'index ne pénètre « qu'à une profondeur de 4 centimètres, où il est arrêté par une « cloison, de consistance fibreuse, qui cependant se laisse un peu « déprimer.

« L'examen au spéculum montre une membrane lisse, blanchâtre, « scléreuse, au niveau de laquelle on n'aperçoit aucune ouverture. « C'est dans ce vagin rudimentaire que Mme B... a accompli le

« coït depuis son mariage, se doutant d'autant moins de l'existence « de sa malformation congénitale que chaque rapport avec son mari « provoquait des sensations voluptueuses.

« Le toucher rectal et le cathétérisme vésical ne révèlent aucune « trace d'utérus ni d'ovaires et la palpation abdominale reste éga- « lement négative.

« Pensant à une imperforation d'un hymen hypertrophié, je pro- « posai à la malade un débridement, qu'elle accepta, mais en refu- « sant l'anesthésie générale.

« Je commençai alors avec le bistouri l'incision de la membrane, « que je continuai avec les ciseaux ; mais, après avoir constaté « que l'épaisseur de cette membrane dépassait deux centimètres « et demi, j'arrêtai la section, qui était devenue très douloureuse « et je tamponnai la plaie bien lavée avec de la gaze iodoformée.

« L'orifice obtenu permettant l'introduction de la pulpe de l'in- « dex, je résolus de faire, dans les jours suivants, de la dilatation « progressive. Cette dilatation fut pratiquée trois fois. Elle ne « donna aucun résultat et, comme elle était douloureuse, elle ne « fut pas continuée.

« Trois semaines plus tard, la malade fut endormie et l'opération « fut continuée. Elle consista en une section avec le bistouri d'une « couche de tissu fibreux de deux centimètres et demi à trois cen- « timètres d'épaisseur et en une dilatation digitale qui détermina « une déchirure intestinale, suivie de l'écoulement de matières fé- « cales ».

J'ai vu Mme B... quatre jours après l'accident ; après avoir débarrassé le vagin de son tampon de gaze iodoformée, j'ai introduit deux valves et j'ai aperçu au fond, à travers un orifice qui mesurait au moins la largeur d'une pièce de 2 francs, la muqueuse du gros intestin, au niveau de laquelle se trouvaient quelques débris de matières fécales. Cet orifice, dont les bords étaient irréguliers et déchiquetés, paraissait plutôt arrondi qu'allongé, comme pouvait le faire supposer la déchirure longitudinale présumée de la paroi antérieure du rectum.

Les valves retirées, j'ai exploré la cavité avec l'index ; la paroi postérieure du nouveau canal était dure et semblait assez épaisse dans sa partie profonde ; sa paroi antérieure était souple, sauf en avant de la circonférence de l'orifice où l'on sentait une petite masse dure, très probablement l'utérus atrophié, ou peut-être une portion de l'organe isolée par le bistouri.

L'orifice franchi, le doigt pénétrait dans l'intestin, adhérant à tout le pourtour de cet orifice, sans pouvoir atteindre le fond muqueux par suite du siège élevé de la perforation. Cette perforation, en effet, s'était produite sur la *première portion du rectum*, ainsi que nous l'a prouvé l'introduction par l'anus d'une sonde rectale, dont l'extrémité, paraissant cheminer transversalement de droite à gauche (par rapport à l'opérateur), ne fut aperçue qu'après avoir

pénétré à une profondeur de 18 centimètres. Cette exploration fut répétée deux fois et deux fois elle donna le même résultat.

On ne peut expliquer le siège de cette perforation que par l'un ou l'autre des mécanismes suivants : ou bien il s'est fait un dédoublement prolongé de la paroi rectale elle-même sous l'action de la déchirure digitale et, à la suite, une perforation à une certaine distance ; ou bien peut-être existait-il, à cause de la malformation congénitale, une adhérence de la première portion du rectum au segment vaginal imperforé et c'est dans ce point que, sous la dernière pression du doigt, la perforation se serait produite.

Quoi qu'il en soit, nous étions en présence d'un canal intestino-vaginal, donnant libre passage aux matières fécales, mais heureument sans communication avec la cavité péritonéale.

Néanmoins, devait-on s'abstenir de tout traitement en confiant à la nature le soin de faire la réparation ? En réalité, la perforation était trop large pour espérer un pareil résultat. C'eût été exposer la malade à conserver longtemps une infirmité dégoûtante. Aussi résolûmes-nous de tenter la réunion des lèvres de la plaie par des sutures.

Mais, après plusieurs tentatives de rapprochement des bords déchiquetés de cette plaie, la réunion dut être abandonnée, car les fils coupaient les tissus, dès que nous essayions de les serrer et de mettre en contact les bords inextensibles de l'orifice. Nous dûmes alors nous contenter de passer un fil de catgut à 3 ou 4 millimètres du bord de l'orifice et parallèlement à sa circonférence ; puis à en serrer le plus possible les deux chefs, comme si nous voulions faire *une ligature en bourse*. La largeur de la perforation fut ainsi réduite de ses deux tiers.

Ce résultat, tout en nous donnant quelque espoir de succès, ne nous enlevait pas cependant toute crainte pour l'avenir, car à la brèche ainsi réduite une fistule persistante ne succèderait-elle pas ?

Dans la suite, des lavages à l'eau bouillie et un tamponnement à la gaze faiblement iodoformée furent pratiquées chaque jour. Au bout de deux semaines, l'orifice s'était très notablement rétréci ; les matières fécales avaient peu à peu repris leur cours normal et il ne s'écoulait plus par le vagin qu'un peu de liquide intestinal.

Les mêmes pansements furent continués ; des attouchements à la teinture d'iode furent faits à plusieurs reprises sur les bourgeons charnus paraissant exubérants et 15 jours plus tard l'oblitération fut complète. Un moignon dur constituait le fond du néo-vagin dont la longueur (9 centimètres) et la largeur devaient être suffisantes, si elles conservaient leurs dimensions.

Nous avons appris, 6 mois après l'opération, que la dilatation physiologique semblait agir, car la malade était satisfaite. Mais que s'est-il passé ensuite ? Une rétraction cicatricielle s'est-elle

produite ? Nous l'ignorons, car, malgré notre recommandation, cette jeune femme n'est pas revenue nous voir.

***

Les détails que contient la première partie de cette observation me dispensent de toute remarque concernant la conception que l'on s'était faite de cette imperforation et les manœuvres opératoires qui ont été suivies de perforation du rectum.

Mais je crois devoir revenir sur le siège élevé exceptionnel de cette perforation. Ordinairement quand cet accident se produit, c'est sur la portion moyenne du rectum qu'elle a lieu ; chez notre malade, elle s'est faite sur la portion supérieure, très près de son origine, au point qu'on pourrait presque la considérer comme une perforation de la partie terminale de l'S iliaque.

Quel en a été au juste le mécanisme ? Sans pouvoir rien affirmer, je ne le conçois guère qu'en supposant, comme je l'ai déjà dit, une adhérence du rectum, par le fait de la malformation congénitale, ou un dédoublement de sa paroi qui s'est prolongée sous l'action de la déchirure digitale et ne s'est transformée que très haut en perforation.

En présence de cette large plaie, il était certainement indiqué de la fermer. Je n'ai pu, à cause de l'inextensibilité des bords, qu'en rétrécir la largeur par le mécanisme de la suture en bourse.

Peut-être un lambeau, porté au fond du vagin, eût-il pu réaliser cette obstruction ? Il eût fallu avoir recours à l'un ou à l'autre des procédés d'autoplastie conseillés dans les cas de création de vagin artificiel, procédés qui auraient l'avantage de remédier à l'atrésie, souvent consécutive à l'incision suivie de refoulement. Dans le cas actuel, le contact des matières fécales aurait probablement été une cause d'échec pour les sutures ; c'était faire une opération qui compliquait la situation, en même temps que courir au-devant d'un insuccès.

D'ailleurs, nous n'avons pas eu à nous repentir de ne pas avoir tenté l'autoplastie, puisque la réparation s'est bien effectuée et puisque le nouveau vagin est devenu suffisamment habitable. Toutefois, nous le répétons, l'avenir doit rester réservé à cause de l'atrésie possible.

***

Cette atrésie est en effet un des points du traitement des malformations congénitales du vagin qui a spécialement préoccupé les chirurgiens depuis quelques années. On n'a appris à bien connaître ces malformations, autrefois incomplètement décrites, ainsi que les suites de leur traitement chirurgical, que depuis la remarquable thèse d'agrégation de Léon Le Fort (1).

(1) Léon Le Fort.—*Des vices de conformation de l'utérus et du vagin.*(Th. agrég., Paris, 1869.)

Depuis cette époque, de nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet, particulièrement sur les cas d'absence congénitale du vagin, comme le prouve un index bibliographique annexé à un article de M. Ch. Jacquemard, paru en 1890, dans la *Loire médicale*. Quant à l'histoire détaillée de la question, elle a été bien exposée dans la thèse de Mlle Dumitrescu (1) et dans un article du Dr Latouche publié, en 1897, dans les *Annales provinciales de chirurgie*.

*
* *

Les malformations congénitales du vagin présentent plusieurs variétés. Quelles qu'elles soient, les données embryologiques démontrent qu'il s'agit toujours d'un arrêt de développement, dont la cause première est encore inconnue, et dont les degrés ont conduit les auteurs à établir cette classification.

1° Il y a *absence totale* lorsqu'il y a atrophie totale des canaux de Müller, les générateurs des trompes, de l'utérus et du vagin.

2° Il y a *absence partielle* lorsqu'il y a atrophie partielle des canaux de Müller. Cette absence est alors postérieure ou moyenne, la partie antérieure ou vestibulaire étant constituée aux dépens des conduits de Wolff (Tourneux et Legay) et formant le canal vestibulaire (Legay) primitivement indépendant et distinct du vagin.

Alors que l'état des organes génitaux externes, qui naissent aux dépens du feuillet moyen du blastoderme, est le plus souvent normal, les arrêts de développement des organes génitaux internes ont des conséquences variables.

Tantôt il y a *absence complète* (ce qui est contesté par quelques auteurs) *de l'utérus* et on ne perçoit, entre la vessie et le rectum, aucun vestige d'organes, ou bien il y a *atrophie considérable de l'utérus et des ovaires*, au point que rien n'en révèle l'existence ni physiquement, ni physiologiquement ; un simple cordon fibreux plus ou moins épais occupe la place du vagin.

Tantôt *l'utérus est absent ou atrophié et les ovaires existent.* Il se produit alors périodiquement des phénomènes de congestion, un molimen hémorragique qui provoque des douleurs abdominales et peut déterminer des accidents sérieux.

Tantôt enfin *l'utérus et les ovaires existent sans vagin, mais fonctionnent quand même.* Il en résulte toute la série des phénomènes de rétention menstruelle, qui, chaque mois ou irrégulièrement, se renouvelle et met la vie de la malade de plus en plus en danger.

*
* *

De ces diverses conditions pathologiques, sont nées les divergences d'opinions qui longtemps ont partagé les chirurgiens sur la conduite thérapeutique à tenir. Actuellement, il semble que l'accord soit presque unanime pour préconiser l'intervention dans tous les

(1) Mlle Dumitrescu. — *Contribution à l'étude des atrésies congénitales du vagin, considérées au point de vue chirurgical.* (Thèse de Paris, 1896).



cas. La discussion ne porte plus que sur le mode d'intervention.

En effet, cette intervention n'est pas discutable, lorsqu'il y a rétention ou même en cas d'absence ou d'atrophie de l'utérus, si l'ovaire est en activité périodique. Dans le premier cas, on ouvre la poche, on donne issue au liquide et on s'efforce de conserver perméable le nouveau canal vaginal. Dans le second cas la castration ovarienne est tout d'abord indiquée et doit être suivie, pour différentes raisons, de la création d'un vagin artificiel.

L'intervention doit encore être préconisée quand l'utérus, les trompes et les ovaires, quoique silencieux, occupent leur place normale. Il faut faire un vagin, car l'activité fonctionnelle de ces organes peut un jour se réveiller et s'établir. Fletcher (1) en rapporte un exemple : son opérée, âgée de 22 ans, devint même enceinte peu de temps après l'opération.

Enfin une dernière éventualité se présente : c'est celle où l'utérus est absent ou rudimentaire, paraissant incapable de fonctionner. Doit-on opérer ? Nous y sommes, je le pense, autorisés par les raisons suivantes :

1° L'opération de la création d'un vagin, *faite prudemment* par un chirurgien expérimenté, n'est pas dangereuse. Elle n'expose à aucune complication qui ne puisse être combattue avec succès.

2° L'absence de l'utérus n'étant jamais certaine et le degré de son atrophie ne permettant pas d'escompter l'avenir, l'opération peut avoir une heureuse conséquence, comme dans le fait d'Emmet, où elle fut suivie de menstruation, bien que l'utérus fût resté introuvable. D'ailleurs, elle laisse l'espoir du rétablissement de cette fonction et d'une conception, improbable pour le chirurgien, mais possible pour la malade.

3° De plus, lors même qu'à ces derniers points de vue, l'intervention serait infructueuse, elle sera utile, car elle rendra possible la copulation, souvent à la satisfaction des conjoints. Elle sauvera des traumatismes péniens le canal de l'urètre et empêchera l'éclosion de la déséquilibration nerveuse, qu'on observe chez un certain nombre de sujets.

Ce n'est pas, dans ce cas, une simple opération de complaisance que l'on pratique, c'est une opération dont la conséquence a une portée sociale réelle, puisqu'elle rend épouse une femme qui jusqu'alors ne l'avait pas été dans l'acception matérielle du mot.

***

A quelle intervention doit-on recourir pour créer un vagin ?

Le procédé qui jusqu'à ce jour a été le plus employé est *l'incision suivie du refoulement*. Pourvu que les manœuvres opératoires soient conduites prudemment, ce procédé permet d'atteindre, à une profondeur variable, ou la poche sanguine ou l'utérus. Si cet organe n'a donné aucun signe d'activité et si, nulle part, il n'est soup-

(1) HEGAR et KALTENBACH. — *Traité de gynécologie opératoire*, 1885, p. 476.

çonné, le dédoublement de la cloison recto-vaginale devra être arrêté, lorsque le néo-vagin sera reconnu suffisamment long pour la fonction unique qu'il doit remplir.

Le canal créé, il est important à l'avenir d'en maintenir les dimensions au moyen de séances de dilatation. Malheureusement, malgré ces précautions, on n'arrive pas toujours à lutter contre le rétrécissement, suivi parfois d'atrésie.

C'est pour se mettre à l'abri de cette suite fâcheuse de l'opération que, depuis quelques années, on a préconisé et mis en pratique différents *procédés autoplastiques et hétéroplastiques* (Kustner, Mackenrodt, Sneguireff). Théoriquement, quelques-uns de ces procédés marquent un progrès ; pratiquement, ils laissent encore à désirer ; toutefois, les résultats en sont encourageants.

(*Société de médecine et de chirurgie pratiques.*)

PÉDIATRIE

TRAITEMENT DES BRULURES CHEZ LES ENFANTS

Lasnier.

A. — Brulures superficielles.

I. *Brûlures au premier degré et peu étendues.*

Lotions d'eau bouillie tiède ou chaude suivies d'application de compresses de tarlatane pliées en cinq ou six et imbibées de la solution :

Acide borique....................	10 grammes.
Antipyrine.......................	6 —
Eau stérilisée....................	250 —

Pansement avec la pommade :

Acide borique....................	3 grammes.
Antipyrine.......................	1 à 2 gr.
Vaseline.........................	30 grammes.

II. *Brûlures au deuxième degré et de petite étendue.*

Même traitement. Conserver l'épiderme et percer simplement les phlyctènes dans leur partie déclive.

III. *Brûlures aux deux premiers degrés étendues à un membre qui n'est pas couvert de vêtements (main, avant-bras).*

1° Plonger le membre dans un bassin d'eau bouillie tiède dont on abaisse progressivement la température.

2° Faire la toilette antiseptique du membre avec de l'eau et du savon, puis avec de l'eau phéniquée à 2 %, puis percer les phlyctènes sans les enlever.

3° S'il y a de la douleur, appliquer un pansement humide avec des compresses de tarlatane imbibées de la solution :

Eau boriquée saturée..........	500 grammes.
Laudanum de Sydenham......	4 à 10 —

4° Après cela, on pourra employer la pommade :

Iodoforme	1	gramme.
Antipyrine	5	—
Acide borique	5	—
Vaseline	50	—

IV. *Brûlures aux deux premiers degrés étendues à une grande partie du corps couverte de vêtements.*

1° Enlever les vêtements de dessus et tremper les autres avec des précautions infinies pour ne pas arracher l'épiderme.

2° Grand bain chaud prolongé suivi de la toilette antiseptique de la région intéressée, au besoin après anesthésie générale au chloroforme.

3° Pansements avec la pommade indiquée pour III.

B. — BRULURES PROFONDES.

I. *Brûlures profondes de petite étendue.*

1° Toilette antiseptique de la région brûlée.

2° Pansement sec et rare avec de la gaze iodoformée et beaucoup d'ouate.

II. *Brûlures profondes étendues ayant désorganisé un membre ou une portion du membre.*

1° Toilette comme pour les cas précédents.

2° Pansements à sec (pour atténuer la suppuration), avec la poudre composée suivante :

Iodoforme	2	grammes.
Charbon	ââ 50	—
Quinquina		

3° Amputation après que la période de shock est passée.

Essence de térébenthine pour le pansement des brûlures à tous les degrés, appliquée par l'intermédiaire d'une couche d'ouate aseptique recouverte d'un tissu imperméable. Le traitement calme la douleur et active la guérison.

Brûlures de la conjonctive.

Dans les petites brûlures, après la chute de l'eschare et la production du symblépharon, séparer le globe de l'œil de la conjonctive et suturer à la soie les lèvres de la plaie conjonctivale.

Dans les brûlures étendues, prévenir le symblépharon par la transplantation dermo-épidermique, pour les paupières et par la greffe animale pour la conjonctive.

DE L'ALLAITEMENT PENDANT LES MALADIES INFECTIEUSES DE LA MÈRE

(BUDIN ET TRÉGOUET.)

Dans tous les cas où la santé de la mère est fortement ébranlée, il faut sans hésitation cesser l'allaitement maternel et confier l'en-

fant à une nourrice mercenaire, ou lui donner, au moins momentanément, du lait stérilisé.

Mais on peut espérer le retour de la sécrétion lactée.

Voici la liste des maladies énumérées par M Trégouët dans une thèse inspirée par M. Budin.

La lymphangite du sein ne constitue pas une contre-indication à l'allaitement, même du côté malade.

La galactophorite, les abcès du sein, sont au contraire des obstacles à l'allaitement du côté malade, à cause du mélange presque constant du pus avec le lait. On pourra continuer à donner le sein du côté opposé, mais il est nécessaire d'isoler complétement par un pansement occlusif la mamelle, afin que l'enfant ne puisse ne trouver en contat avec le pus.

Pour l'infection puerpérale, la question peut être considérée comme résolue : oui, la mère peut continuer à nourrir.

Dans la forme septicémique cependant, il n'y aura même pas lieu d'y songer, la mère ne pouvant pas faire les frais d'un allaitement qui d'ailleurs ne présenterait que des inconvénients pour l'enfant.

Pour ce qui est des affections aiguës qui peuvent frapper la nourrice et qui ne sont pas spéciales à la puerpéralité, la question est plus délicate à résoudre.

D'une manière générale, on peut dire que certaines fièvres éruptives ne constituent pas toujours une contre-indication à l'allaitement maternel.

Aussi la rougeole et la scarlatine — au moins dans leurs formes bénignes — ne sont-elles pas une contre-indication à la mise de l'enfant au sein de sa mère.

Pour la variole, la question est plus complexe.

Ce n'est pas tant l'infection variolique qui est à redouter que la possibilité pour l'enfant d'avaler avec le lait le contenu de pustules trop voisines du mamelon, ce qui pourrait entraîner pour lui des troubles digestifs parfois très graves. Aussi devra-t-on priver le nourrisson du sein de sa mère — au moins à la période d'état.

Pour l'érysipèle, qui a été assimilé par quelques auteurs aux fièvres éruptives, il sera préférable de séparer l'enfant de la mère.

Dans les formes graves de la fièvre typhoïde, on ne saurait demander à la malade de faire à la fois les frais de son affection et de son allaitement. De plus, la possibilité de la transmission à l'enfant de l'infection par le lait vient encore contre-indiquer l'allaitement au sein. Pourtant il est quelque cas où l'allaitement n'a eu aucun inconvénient.

Il est des affections pour lesquelles on peut, en usant de précautions, continuer à mettre l'enfant au sein de sa mère. Ce sont certaines infections locales telles que les angines, les amygdalites, et même certaines maladies générales, comme la grippe.

La pneumonie franche aiguë pourrait à la rigueur ne pas constituer une contre-indication. On a cité des observations dans les-

quelles l'allaitement s'était fait sans inconvénients pour la mère ni pour l'enfant.

Le rhumatisme ne constitue pas à proprement parler par lui-même une contre-indication à l'allaitement au sein. Mais ici encore il faut tenir compte de l'état de la nourrice et de la gravité de l'affection.

L'ictère catarrhal et l'ictère par rétention ne contre-indiquent pas toujours l'allaitement au sein par la mère. Il peut arriver que l'enfant ressente quelques troubles digestifs : mais le plus souvent ces troubles seront passagers.

Pour ce qui est enfin de la tuberculose, la décision à prendre se basera surtout sur l'état de la mère, mais d'une façon générale on devra surtout éviter l'allaitement.

En somme, il est bien démontré que dans certains cas considérés autrefois comme imcompatibles avec l'allaitement maternel, des mesures hygiéniques suffiront à préserver l'enfant de la contagion. Grâce à elles, celui-ci pourra dans nombre de circonstances prendre au sein de sa mère le lait nécessaire à son développement et échapper ainsi aux dangers de l'allaitement artificiel.

TRAITEMENT DU MUGUET

Escherich obtient chez les enfants atteints du muguet des résultats thérapeutiques qui ne laissent rien à désirer, en donnant aux petits malades un suçon chargé d'acide borique en poudre. On prend un petit tampon de coton aseptique, on l'imprègne d'acide borique finement pulvérisé et additionné d'une petite quantité de saccharine, en utilisant chaque fois 0 gr. 20 environ d'acide borique en poudre, puis on le renferme dans un petit sac de soie ou de baptiste soigneusement stérilisé, et on l'introduit dans la bouche de l'enfant, qui d'ordinaire le garde volontiers en le suçant dans les intervalles des tétées et parfois même pendant le sommeil. Sous l'influence des mouvements de succion, l'acide borique se dissout lentement dans la salive et peut de la sorte agir d'une façon directe et continue sur l'oidium albicans. Le lendemain, on donne à l'enfant un nouveau suçon identique au premier.

Dans les cas récents, lorsque le muguet n'est pas encore très étendu, l'enduit mycosique s'efface partout au bout de vingt-quaheures, sauf dans les rainures gingivo-buccales, d'où il disparaît dans le courant du jour suivant. Dans les cas invétérés, la guérison ne se produit qu'avec un temps un peu plus long. On peut l'accélérer en associant à l'usage du suçon boriqué des nettoyages mécaniques et des badigeonnages médicamenteux de la cavité buccale ; mais l'affection guérit très bien, même en l'absence de ces moyens adjuvants. Le traitement n'échoue que s'il s'agit d'enfants moribonds qui n'ont plus la force de sucer et chez lesquels il n'existe pour ainsi dire plus de sécrétion salivaire. (*Médecine moderne.*)

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME

A

Absence congénitale du vagin 727
Abus (les — dans les interventions opératoires) 406
Accouchement et bandage abdominal 152
— au Dahomey (un —) 338
— (emploi du colpeurynter dans l' —) 521
— (protection du périnée dans l' —) 473
— royal (à propos d'un -) 283
— (une clinique d' — au XVIIIe siècle) 62
Acétanilide (emploi dans la bronchite) 505
Acétopyrine (emploi de l' -) 194
Acide vanadique (emploi) .. 584
Adonide (emploi de l' —) ... 594
Alcoolisme et prostitution .. 411
Alimentation de la première enfance 606
Allaitement au sein (de l' —) 567, 734
— et hémoptysies 331
— et menstruation 617
Amat 636
Ampoules auto-injectables. 589
Anesthésie générale en obstétrique (l' —) 555
— générale par la voie lombaire 56
— par l'éther (de l' —) 193
— et viol 77
Angine granuleuse (traitement) 622
Annexes (colpotomie et tumeur des —) 301
— (névropathies et ablation des —) 692
Annexites (traitement médical) 387
Anthrax (traitement) 444
Antiseptie opératoire des chirurgiens parisiens 447
Apocodéine (emploi du chlorhydrate d' —) 131
Apomorphine (emploi) 626
Archambault 261, 292 467
Ascite (traitement chirurgical) 474
Aspirine (emploi de l' —) ... 351
Asphyxie dans la présentation du siège (l' —) 563
Assistance des femmes en couches 45
Assurance sur la vie et la femme (l' —) 399
Atonie intestinale (traitement) 533
Atrophie infantile primitive 522
Ausset 439
Auvard 237 424
Avortement (au point de vue médico-légal) 304
— et gangrène utérine ... 401
— volontaire (l' —) 239

B

Balloch 354
Ballon intra-utérin et travail 65
Balzer 445
Bandage abdominal (et accouchement) 152
Bar (Paul) 659, 668 697
Barbiani 128
Berg 31
Bergeret 354
Bernard 114
Berthod 726
Bienfait 618
Blanc 626
Blennorrhagie chez la femme (traitement) 628
— (traitement) 36, 39, 99, 130, 290 653
— chronique (traitement) 565
Blin 338
Bronchite infantile (traitement 491
Brûlures (traitement) ... 563, 733
Bonnaire 477
Bossi 520

Boucher............... 212 345
Bourgeois................. 584
Bouveret.................. 354
Bronchite chronique infantile (traitement).......... 313
Broncho-pneumonie (traitement).................. 291
Budin (professeur)......... 470
Butte..................... 637

C

Calot..................... 405
Cancer et ganglions lymphatiques... 165, 203, 229 276
— du sein et ovariotomie. 532
— (la quinine dans le —). 466
— et sérothérapie....... 148
— utérin (curabilité du -) 16 46
— de l'utérus (traitement) 212
Cancroïdes (traitement).... 535
Caquille.................. 146
Cardiopathie et grossesse.. 443
— (traitement).......... 594
Cavillon (de)............. 631
Censure des *Avariés* (la —). 348
Cereus grandiflora (emploi) 534
Cervello.................. 195
Chancre mou (traitement). 132
— simple (traitement).... 562
Charvet................... 331
Chirurgiens parisiens et l'antiseptie opératoire (les —)................. 147
Chlorétone (emploi)........ 640
Chlorure d'ethyle pur (emploi du — en obstétrique) 555
Chorée gravide (traitement) 214
— (traitement).......... 255
Chrysarobine (la — dans les hémorrhoïdes)....... 413
Cocaïne (administration de la —).................. 61
— et anesthésie générale. 56
Col utérin (cas de rigidité cicatricielle)............ 502
— (métrites chroniques du —).................. 101
— utérin (traitement des érosions du —).......... 414
Colophane (emploi)........ 624
Colpeurynter de Braun (emploi du —).............. 521
Colpotomie postérieure et tumeurs annexielles..... 301
Comby..................192 255
Concetti (Luigi)........... 522
Congrès international gynécologie de Rome (en 1902) 596
Constipation (traitement) 58, 131 506
Convulsions (traitement).. 258
— infantiles (traitement) 414, 439, 704 708
Coprostase rectale et grossesse.................. 634
Coqueluche (traitement) 99 475 636
Corlieu................... 347
Carnutine (emploi de la —) 36 164
Coromilas................. 482
Coudray.......... 203, 229 276
Courtois-Suffit.......... 168
Couturier................. 152
Crevasses du sein (traitement.................... 626
Curettage digital et infection puerpérale............. 470
Cystite (traitement)........ 323
Cyphose rachitique (la —).. 128

D

Dagusan.................. 491
Dartigues................. 675
Dauchez...........68, 414, 623
Déchirures du vagin sub coïtu (cas de —)......... 582
Décolletage (ligue contre le) 121
Deguy.................223, 476
Dejouamy.............41, 69, 184
Delcroix.................. 128
Delefosse................. 66
Délivrance physiologique (la —).................. 424
Défense de l'enfant pendant la gestation (la —)...... 493
Dermatoses (traitement)... 532
Diabète (traitement)....... 100
Diarrhée estivale des enfants (traitement)........ 656
Diarrhée infantile (traitement)................. 351
— (traitement).....58, 68, 99
— chronique (traitement) 535
Dieupart.................. 28
Dilatateur de Bossi (emploi du —)................. 520
Dilatation de l'estomac (traitement)............ 254
Diphtérie (à propos de la —) 343
— familiale (cas de —)... 591

Diphterie infantile et sérums 153
— (traitement)........245, 321
— (traitement local)..... 223
Douglasites aiguës et chroniques................... 261
Dufour.................... 225
Dysménorrhée (traitement) 131, 463
Dubar..................... 516
Dubrisay.................. 567
Dysenterie aiguë (traitement)................... 595
— aiguë infantile (traitement)................... 474
Dystocie pelvienne (intervention dans la —) 668, 697

E

Eaux sulfureuses et gynécologie.................. 133
Eclampsie infantile (traitement).................. 36
— (la saignée dans l' —).. 336
(traitement)...........76, 701
— puerpérale (traitement 594
Ecoles et vaccinations..... 216
Ecthol (emploi)............ 651
Eczéma infantile (traitement).................. 223
— des nourrissons (traitement).................. 559
(traitement)............. 289
— vulvaire (traitement) 593 696
Enfant (alimentation de l'—) 606
— (cas de fibrome utérin chez un —)............. 631
— et gestation...... 943
— (les convulsions chez l' —) 439
— (la farine lactée et les —)...................... 224
— (l'incontinence d'urine chez les —)..........223, 618
— rachitiques (le phosphore chez les —)....... 31
— (traitement de la bronchite chez l')........... 491
— (traitement de la bronchite chronique des —)... 315
— (traitement de l'eczéma des).................... 223
— (traitement de la diarrée estivale des —)...... 656
— (traitement de la dysenterie aiguë des —)....... 474
Enfants (traitement du muguet des —).......... 475
— (traitement des pyodermites des —)......... 127
— (traitement du tœnia chez les —)............. 653
(traitement de la tuberculose de l'—).......... 678
— (traitement de la vulvovaginite des —).......... 653
Epicarine (traitement)..... 290
Epistaxis du nouveau-né (l' —).................. 443
Eponges)antisepsie des —) 132
Erosions du col (traitement) 446
Eschares sacrées (traitement)... 322
Esérine (emploi)........... 533
Estrée (Paul d' —)......64, 221
Ether (de l'anesthésie par l' —).................... 193
Eudlitz.................... 591
Examen obstétrical et réplétion vésicale........... 485
Expression fœtale (de l' —) 26

F

Farine lactée et les enfants (la —) 224
Fécondation artificielle en 1785 (la —).............. 190
Feindel................... 309
Femme et l'assurance sur la vie (la —)............... 399
Femme et les maladies vénériennes (la—)........... 427
Fibrome de (l'hystérotomie cervico-vaginale dans les —) 25
Fibromes utérins (traitement) 412
Fibrome utérin chez une enfant.................. 631
Fibromes utérins (chirurgie conservatrice des —).... 507, 537 675
Finizio.................... 352
Fœtus abortifs (lésions traumatiques des —)........ 477
Fœtus (déclaration des—) et secret professionnel. 499 528
— (putréfaction du —)... 717
Forceps (le —) et les déchirures du périnée)........ 335
Fromm..................... 68

G

Galactée (traitement)....... 36
Ganglions dans le cancer du sein................. 325
Ganglions lymphatiques et cancer...........203, 229 276
Ganglions lymphatiques et diathèses cancéreuses... 165
Gangrène utérine et avortement.................... 401
Gastro-entérite des nourrissons (traitement)........ 118
Génitalites post-matrimoniales................. 5
Génitalites (traitement).... 237
Gestation et enfant........ 493
Gillet..............65, 113 678
Glutol (emploi)............ 650
Goitre (traitement du —)... 469
Gonnorhrée (traitement)... 413 626
Grasset................... 153
Grossesse (au point de vue médico-légal)............ 306
Grossesse ectopique (étiologie)..................... 243
Grossesse et cardiopathies. 443
Grossesse et coprostase rectale..................... 634
Grossesses extra-utérines (les—)................... 519
Grossesse gémellaire (diagnostic)...............41 69
Grossesse gémellaire (mécanisme de la —)........ 184
Grossesse et hémioptysies. 331
Grossesse et hernies....... 163
Grossesse (traitement des vomissements de la—).36 651
Grossesse et tuberculose.. 703
Grossesse et varices....... 472
Guaco (emploi)............ 332
Guéniot.................. 417
Guiard...................5 445
Gynécologie (la nouvelle chaire de—)............. 313
Gynécologie (le toucher en —)..................... 292

H

Hartenberg............... 286
Hématocèles (étiologie).... 197
Hémoptysies et grossesse. 331
Hémorrhagie ombilicale tardive du nouveau-né.. 98
Hémorrhagies (traitement). 164
Hermaphrodisme (cas d'—). 596
Hermophényl (l'— dans la syphilis)................ 600
Hémorrhoïdes (traitement). 308 413
Hernies et grossesse....... 163
Hernies infantiles......... 354
Héroïne (emploi de l'—)... 321
Holocaïne (emploi de l'—).. 195
Hommes-femmes de Madagascar (les—)........... 123
Hôpitaux (l'antisepsie opératoire dans les —)...... 147
Hotman de Villiers....... 301
Hydrate d'anylène (emploi) 531
Hystérotomie cervico-vaginale (de l'—)........... 25

I

Ictère (traitement)......... 99
— des nouveau-nés (traitement).................. 67
Igazol (emploi de l'—)...... 195
Incontinence d'urine chez les enfants (l'—)......... 223
— d'urine chez l'enfant (traitement).............. 618
Infection puerpérale et curetage digital............ 470
— puerpérale (traitement) 303
Iodophène (l'—dans les maladies vénériennes)...... 649
Iodure d'éthyle (emploi)... 636
— de plomb (emploi)..... 564
Irrigations vaginales (dangers des —)............. 64

J

Julié..................... 308

K

Kistler.................. 223

L

Labusquière.............. 485
Lactamine (emploi de la—). 351
Lait (le —)................ 637
Lactose (emploi de la —)... 531

Lait bouilli (les dangers du —) 128
— stérilisé (le —) 65
— et tuberculose 81
Lambinon 336
Lang 322
Lapersonne (de) 39
Laumonier 320
Le Blond 584
Leder (Cécile) 692
Leduc 468
Legueu 281
Lehman 487
Lejars 59
Le Lorier 555
Lemoine 89
Le nigallol (emploi du —) .. 289
Lepage 555
Leray 687
Lermoyez 711
Lesser 565
Leucorrhée (traitement) 67
Levassort 81
Lhopitalier 560
Ligne brune abdominale (de la —) 487
Lindsay-Péters 356
Liseron (emploi de la racine de —) 560
Lucas-Championnière 322
Lupus (traitement du —) 129 584
Lutaud 36, 77, 121, 197 411
Lyon 292

M

Mahillon 399
Maladies vénériennes et la femme (les —) 427
— vénériennes (l'iodophène dans les —) 649
Malba 192
Malbee 258
Mammites puerpérales (traitement) 290, 564
Mariage et génitalites 5
Martinet 164
Menstruation et allaitement 617
Maurange 292
Maygrier 472, 701
Médecin (responsabilité obstétricale du —) 659
Médecine alcaline (de la —) 183
— et théâtre 119
Médicaments et nourrices .. 73
Médico-légales (questions — et obstetriques) 659
Menier 335
Méningite tuberculeuse (traitement) 192
Ménorrhagie ... (traitement) 259
Menthoxol (emploi) 651
Méthode de Joulie (la —) ... 183
Métrites chroniques du col. 101
— hémorragiques (traitement des —) 597
Métrorrhagies (traitement). 36
— et purpura 327
— non puerpérales (traitement d'urgence) 516
Mictions douloureuses (traitement) 445
Migraine ophtalmique 291
Minime (Dr) 123
Moncorvo 351
Moutier 548
Mort apparente du nouveau-né (traitement) 340
Morts-nés (déclaration des — et le secret professionnel) 499, 528
Moure 622
Moussons 704
Muguet des enfants (traitement) 475 736
— des nouveau-nés (traitement) 686

N

Naissance (déclaration de — et secret professionnel) 499, 528
Naftalan en gynécologie (le —) 505
Neisser 58
Néphrite scarlatineuse (traitement) 619
Neurasthénie féminine (traitement) 89
— traitement) 226, 548
Névralgies (traitement) 562
Névropathies après ablation des annexes 692
Nicolle 600
Nourrices et médicaments. 73
— et menstruation 617
Nourrissons (traitement de — l'eczéma des —) 559
— (traitement de la gastro-entérite des —) 118
— (traitement des vomissements des —) 258

Nouveau-né (cas d'épistaxis chez le —).......... 443
— (cas de paralysie obstétricale chez un —)..... 623
— hémorragie ombilicale du —).................. 98
— (ictère des —)........ 67
— (paralysie brachiale des —).................. 68
— (réflexe de la plante du pied chez le —)...... 352
— (sclérème des —)..... 30
— traitement de la mort apparente du —)......... 340
— (traitement du muguet des —)................. 686
— (traitement de l'ophtalmie purulente des —).... 32
Névrose érotique (la)....... 161
Noir..................... 239
Nothnagel................ 58

O

Obésité (traitement)........ 534
— (traitement chirurgical de l' —)................. 356
— (critique du traitement de l' —)................. 288
Obstétrique (ampliation du périnée en —)........... 37
— laparatomique........ 726
— (rôle de la vessie en —) 485
— (le sublimé en —)...... 98
— (l' — chez les peuples primitifs)............... 33
Ongle incarné (traitement). 620
Opérations (les abus des —) 406
Ophtalmie purulente des nouveau-nés (traitement) 32
Oreille (hygiène de l' —) dans l'enfance)......... 711
Orexine (emploi).......... 651
— (emploi du tanate d' —) 351
Orthoforme (emploi de l' — dans la coqueluche....... 475
Ouabaïne (applicationde l'—) 416
Oui...................... 214
Ovariotomie et cancer du sein..................... 532
Oxyures (traitement)....192 686
— vermiculaires (traitement)..................... 476
Ozène (traitement)......... 533
Ozenne............325, 327 727

P

Pansement utérin au Nouet 468
Paquy.................... 718
Paralysie brachiale des nouveau-nés............... 68
Paralysie brachiale obstétricale................. 623
Paralysie infantile (traitement chirurgical)........ 405
Parnasse hippocratique... 346
Pegurier................. 565
Pelade (traitement)........ 656
Périnée (ampliation du — en obstétrique).......... 37
Périnée (déchirures du — et forceps)................ 335
Périnée (protection du — dans l'accouchement).... 473
Perméabilité des trompes de Fallope —........... 197
Perrier (Maurice)......... 133
Pharyngite granuleuse (traitement).............. 622
Phosphore et les enfants rachitiques (le —)....... 31
Phosphore (le — dans le rachitisme).............. 593
Pichevin 16,46, 101, 387,507, 537
Pichi-Pichi sec (emploi de —)..................... 633
Placenta prœvia (traitem.) 504
Placentophagie (la —)..... 681
Plaies infectées (traitement) 59
Pneumonie (traitement).... 289
Potel..................... 516
Pratiques obstétricales des peuples primitifs........ 33
Présentation du siège (l'asphyxie dans la —)....... 563
Prévost (Gabriel).......... 162
Prophylaxie des maladies vénériennes chez la femme...................... 427
Prostitution et alcoolisme.. 411
Prothèse par la vaseline (la —)................... 90
Prurit de la vulve (traitement)...............566, 593
Psoriasis (traitement)..... 445
Pudeur féminine (la —).... 92
Purpura hémorrhagique (cas du —)................ 327
Putréfaction du fœtus..... 718
Pylore (crampe du —)..... 354
Pyodermites infantiles (traitement)................ 127

Q

Quinine en obstétrique (la —)........ 482

R

Rachitisme (traitement).... 593
Réflexe plantaire du nouveau-né —........ 352
Remplaçante du Dauphin (la —)........ 227
Résistance d'une opérée... 114
Résorcine (la — dans le lupus)........ 584
Responsabilité obstétricale du médecin........ 659
Rétinol (emploi)........ 624
Rétrécissement du vagin d'origine obstétricale.... 417
Rétroflexion utérine (traitement)........ 355
— utérines et fonction sexuelle........ 627
Reynal........ 350
Ribemont-Dessaignes...... 340
Rigidité cicatricielle du col (cas de —)........ 502
Roulin........ 245

S

Saignée dans l'éclampsie la —)........ 336
Saint-Philippe........ 313
Salpingites chroniques (de l'intervention dans les —) 281
Schall........ 130
Schiff........ 131
Schuking........ 355
Sclérème des nouveau-nés (traitement)........ 30
Secret professionnel et déclaration de naissances.. 499, 528
Sécrétion lactée et fécondation........ 193
Segond........ 25
Seigle ergoté granulé (emploi)........ 5(4
Sein (de l'allaitement au sein)........ 567
Sein (cancer du — et ganglion)........ 325
— (traitement des crevasses du —)........ 626
Sérothérapie et cancer..... 148
Sérum antidiphtéritique (le —)........ 113
— antidiphtérique (dangers du —)........ 245
— artificiels (les —)..... 292
— et diphtérie infantile. 153
Sigault (Jean-René)....... 126
Siredey........ 597
Sommeil artificiel provoqué........ 286
Spermatorrhée (traitement) 36
Spermine (emploi de la —) 226
Stérilisation des sondes (la —)........ 96
Stomatite fétide des enfants (traitement)........ 474
Sublimé en obstétrique (le —)........ 98
Supposition de part (une —)........ 315
— de part (une royale —) 221
Symphyséotomie (la première —)........ 126
Syphilis héréditaire (stigmates de la —)........ 27
— (l'oxyde jaune de Hg dans la —)........ 652
— et théâtre........ 348
— (traitement)........ 285
— (traitement de la — par l'hermophényl)........ 600

T

Tannigène (emploi)........ 624
Tamponnement du vagin le —)........ 503
Térébène (emploi du —). . 505
Teutsch........ 427
Théâtre et médecine....... 119
Thoinot........ 401
Tics (curabilité des —)..... 309
Tœnia chez les enfants (traitement)..........192, 653
Tolédano........ 216
Torticolis congénital (traitement)........ 414
Toucher gynécologique (le —)........ 292
Tourniole des nouveau-nés (la —)........ 257

Toux utérine (traitement).. 467
Travail (Provocation de —) 520
Traumatismes fœtaux durant l'avortement sans intervention............. 477
Triollet...............447, 589
Tuberculose (traitement).. 195
— génitale (étiologie).... 687
— infantile (traitement).. 678
— et lait................ 81
— pulmonaire (traitement).................. 533
— et grossesse.......... 703

U

Ulcérations tuberculeuses (traitement)............. 266
Uréthrite (traitement)...... 416
Urticaire (traitement)...... 67
Utérus (chirurgie conservatrice des fibromes de l'—) 507, 537 675
— curabilité du cancer de l'—)...............16 46
— (rupture spontané de l'—)................. 353
— (rétroflexion de l'—) et fonctions sexuelles... 627
— (traitement du cancer de l'—)............. 212
— (traitement des fibromes de l'—).......... 412
— (traitement de la rétroflexion de l'—)........ 355

V

Vaccinations et écoles.... 216
Vagin (déchirure du subcoïtu).................... 582
— (absence du —)....... 727
— le tamponnement du —)................. 503
— les (rétrécissements du —) d'origine obstétricale.................... 47
— (l'immunité du —)... 128
Vaginite blennorrhagique (traitement)............. 506
— (traitement)..100 624
Valatx.................. 466
Varices et grossesse...... 472
Vaseline (la prothèse par l'—)................... 90
Vaulcaire................ 414
Végétations vulvaires (traitement)................ 146
Veillard................. 67
Veratrum viride (emploi).. 594
Verrues planes (traitement) 322
Vers intestinaux (traitement)................. 322
Vertige (traitement)....... 319
Vessie (la — durant l'examen obstétrical)......... 485
Viciation pelvienne et intervention.............. 659
Viol sous les anesthésiques (le—)................. 77
Vomissements de la grossesse (traitement)....... 36
— incoercibles de la grossesse (traitement).................. 651
— des nourrissons (traitement)........ 258
— (traitement des —)................. 565
Vulve (traitement de l'eczéma de la—)............ 593
— (traitement du prurit de la —)................ 566
Vulvo-vaginite infantile (traitement)............ 655

W

Watson.................. 32
Wein.................... 36
Whibech................. 129
Wlaeff.................. 148
Woeff................... 67

Y

Yohimbin (emploi de l'—) 129

Z

Ziemssen................. 619
Zona (traitement).......... 259

Clermont (Oise). — Imp. Daix frères.